CENA 1 ZŁ 50 GR

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 4 (XV) Wrzesień 1951 Nr 9



WYDAWCA POLSKI CZERWONY KRZYŻ

T R E Ś Ć

Wielkie Święto Młodzieży

DR J. HEJMAN — Pielęgniarka w szpitalu, ośrodku, przemyśle, PGR.

DOC. DR J. CHLEBOWSKI — Kamica żółciowa

D. PRZYBYLSKA — Pielęgnowanie w kamicy żółciowej

A. CIERPKA i S. GRZEŚKOWIAK — Pielęgniarka na oddziale chirurgii klatki piersiowej

E. GRUDA — Po zdrowie do Kościan

Z notatnika pielęgniarki

W szkole i na kursie

Kronika

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek i skrótów, bez porozumienia z autorem.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 4 (XV) Wrzesień 1951 Nr 9

WIELKIE ŚWIĘTO MŁODOŚCI



Młodzież Komsomołu i młodzież krajów kolonialnych niesie gołębia pokoju.

Nad młodzieżą leci gołąb,
świeci piórem w Trzeci Zlot,
śpiew wysunął się na czoło,
idzie razem z Komsomołem
ZMP i FDJ.
Włosy dziewcząt wietrzyk muska.
Lecą kwiaty. Sława znojom!
Zmień się, Bramo Brandenburska,
w triumfalny łuk Pokoju.

Razem! Flagę pod strop!
Wszyscy jesteśmy z wami.
Jak gwiazda rumieni się glob
opleciony waszymi rękami.

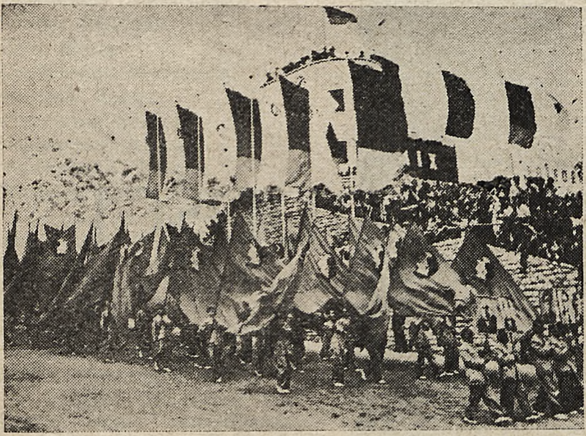
Wyjątek z wiersza K. J. Gałczyńskiego pt. „PIEŚŃ O TRZECIM ZLOCIE MŁODYCH BOJOWNIKÓW O POKÓJ W BERLINIE".

„Młodzieży, łącz się w walce o pokój przeciw groźbie nowej wojny" — oto hasło, pod którym dnia 5 sierpnia rozpoczął się w Berlinie III Światowy Zlot Młodych Bojowników o Pokój.

Na Zlot przybyło 26.000 młodzieży ze 104 krajów świata oraz 2 miliony młodzieży niemieckiej z Niemieckiej Republiki Demokratycznej i Niemiec Zachodnich.

Przybyli najlepsi spośród najlepszych, by właśnie w Berlinie, gdzie niedawno świat kapitalistyczny pokazał do czego jest zdolny, zamanifestować swą wolę pokoju, wiarę we wspaniałą jasną przyszłość dla wszystkich narodów, przyszłość, którą chcą i będą budować narody, wbrew wrogim knowaniom.

W realizacji wspaniałego zadania — utrwalenia pokoju — szczególnie zainteresowana jest młodzież, która po przez swe organizacje coraz aktywniej walczy o Pakt Pokoju. Walczą młodzi komuniści i socjaliści, członkowie organiza-



Grupa młodzieży Chin Ludowych defiluje na stadionie w Berlinie.

cji religijnych, walczą dzieci 14-letnię, zbierając podpisy pod Apelem Pokoju.

Na placu im. Marksa—Engelsa w Berlinie spotkali się Koreańczycy z młodzieżą amerykańską, Vietnamczycy z francuskimi bojownikami o pokój, wolna, dojrzała młodzież krajów Demokracji z młodzieżą Zachodu...

Wzruszająca scena spotkania 16-letniej paryżanki Martin Dubost z Vietnamczykiem znajduje najlepsze odbicie w jej własnych słowach:

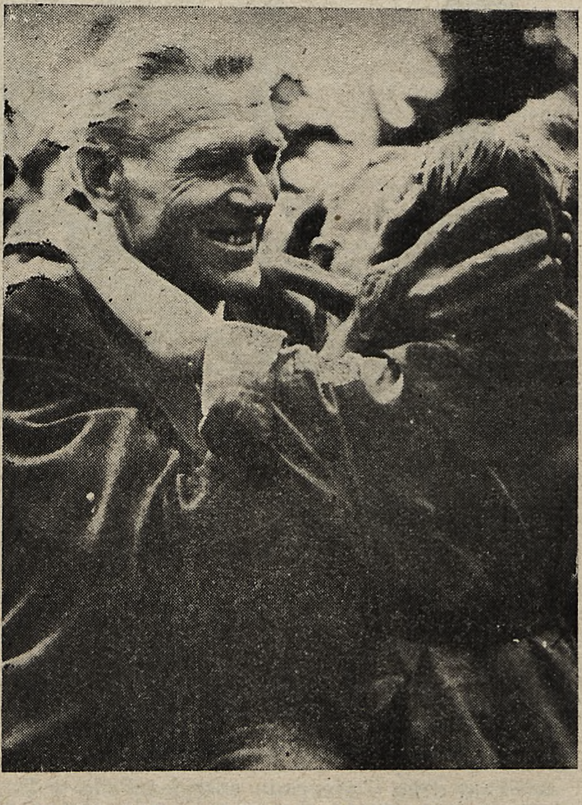
„To nasze spotkanie jest dla mnie jednym z najpiękniejszych zlotowych spotkań. Jakiż to wspaniały symbol braterstwa młodzieży całego świata! Dzięki temu spotkaniu będziemy mogli — po powrocie do Francji — jeszcze energiczniej i z jeszcze większym oddaniem walczyć o to, aby wszyscy, wszyscy nasi rodacy zrozumieli, że Vietnamczycy to przecież tacy sami chłopcy i dziewczęta, jak my, którzy chcą żyć i pracować w pokoju, w swoim niepodległym kraju“...

Nie rozumiejąc nawzajem swej mowy, Murzyn i dziewczyna radziecka, syn, ziemi nieznającej wolności i córka kraju, będącego symbolem tej wolności, rozumieli się bez słów.

Przybyła z rusztowań i hut, przodująca młodzież Polski spotyka bojowników o wolność z amerykańskiej strefy okupacyjnej Niemiec. Porozumiewając się na migi, młodzi Niemcy opowiadają o swej trudnej drodze po przez kordony żandarmerii USA.

* * *

III Światowy Zlot Młodych Bojowników o Pokój był potężną manifestacją przyjaźni i jedności, przeglądem młodzieży demokratycznej wszystkich krajów. I dlatego właśnie, podczas gdy narody całego świata z wielką uwagą i gorącą sympatią śledziły przebieg Zlotu — rządy krajów kapitalistycznych, ich żandarmeria, wojsko i policja czyniły wszystko, by młodzież ich krajów, pełna optymizmu i wiary w tryumf sprawiedliwości, nie zetknęła się z masami wolnej młodzieży świata, by nie ujrzała wcielenia się swego dnia jutrzejszego we wspaniałych sukcesach potężnego obozu pokoju, demokracji i socjalizmu.



Maks Reimann, Przewodn. Kom. Partii Niem. w przywitaniu z polską harcerką.

Na nic jednak zdały się represje, z Francji, Belgii i USA, Anglii, Holandii i innych krajów, gdzie władze sprawują rządy reakcyjne, przedostawało się na Zlot tysiące młodzieży. Przedstawiciele z Vietnamu, by dostać się do Berlina, przebyli 15 tysięcy km. Trudniej jeszcze bodaj niż Vietnamczykom było przedostać się na Zlot delegatom z Niemiec Zachodnich.

Zakaz niczego jednak nie dokonał, gazeta wielkich przemysłowców „Frankfurter Allgemeine Zeitung" pisze z goryczą:

„należy postawić pytanie, poco było na strefowych granicach, rozpoczynać z młodzieżą walkę, co do której można było z góry przypuszczać, że będzie przegrana".

Z goryczą także pisze znamienne słowa amerykańska gazeta wychodząca w języku niemieckim: „Przegraliśmy bitwę o duszę młodzieży".

Trudno się dziwić wyborowi młodzieży, która miast umierać w imię obcych interesów, wybiera ideę postępu, wolności, braterstwa, pracy i nauki.

* * *

Po dniach radości, płynących z pewności zwycięstwa młodzi delegaci wrócili do swych krajów, by silniejsi nierozerwalną jednością, silniejsi świadomością, że *wolność i pieśń nie zna granic*, stanąć do pokojowej pracy i walki o lepsze jutro narodów świata. W walce tej będą im towarzyszyć słowa ślubowania, iż walczyć będą:

— o zapobieżenie nowej wojnie,

— o zdemaskowanie i pokrzyżowanie planów wrogów pokoju i ludzkości,

— o powstrzymanie wyścigu zbrojeń i polepszenie warunków życia młodzieży,

— o wzmocnienie przyjaźni i pokojowej współpracy narodów i młodzieży wszystkich krajów,

— o utrzymanie jedności we wspólnej walce o pokój,

— o wzmocnienie i rozszerzenie jedności, która tak wspaniały wyraz znalazła na Zlocie,

— o zdobycie dla aktywnej walki dalszych milionów chłopów i dziewcząt.



Zdjęcia C.. A. F.

Polskie lekkoatletki ekipy sportowej na XI Akademickie Mistrzostwa Świata w Berlinie.

Dr JAKUB HAJMAN
Dyrektor i ordynator
oddz. wewn. Szp. Nr. 1
w Łodzi

Pielęgniarka w szpitalu — ośrodku — — PGR — przemyśle

ZADANIEM sieci społecznej służby zdrowia w Polsce jest udzielanie jak najbardziej wszechstronnej i fachowej pomocy ludności pracującej we wszystkich komórkach, czy to na terenie szpitala, ambulatorium szpitalnego, ośrodka zdrowia miejskiego czy wiejskiego, na rejonach czy też w miejscu pracy.

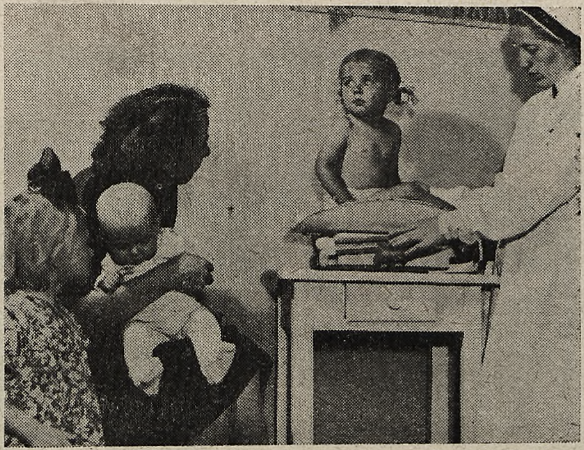
Dążeniem służby zdrowia w państwie demokratycznym, dążącym do socjalizmu, jest ścisłe powiązanie terenu z ambulatorium przyszpitalnym i szpitalem. Dla urzeczywistnienia tego wielkiego planu niezbędnym warunkiem jest zsynchronizowanie wszystkich poszczególnych elementów, wchodzących w zakres służby zdrowia.

W SZPITALU I OŚRODKU ZDROWIA

Chory opuszczający szpital musi być oddany pod dalszą opiekę do ambulatorium przyszpitalnego czy ośrodka zdrowia, które to komórki są ściśle związane organizacyjnie i personalnie ze szpitalem. Ta współpraca między szpitalem a terenem da możność bardziej racjonalnego wykorzystania łóżek szpitalnych, ponieważ można chorego znacznie wcześniej, tzn. już na okres rekonwalescencji, wypisać ze szpitala, oddając pod fachową opiekę lekarzy i pielęgniarek w ambulatoriach i na rejonach.

Musimy przyznać, że ciężar tego zadania spada bezwzględnie na pielęgniarki, które dzięki swojej zapobiegliwości, troskliwości o los i dobro powierzonego pacjenta, pozwolą mu jak najszybciej wrócić do zdrowia i powiększyć szeregi tych, którzy realizują wielki Plan 6-letni, prowadzący do dobrobytu i socjalizmu.

Mówiąc o obowiązkach pielęgniarki, chcę tu zwrócić uwagę na jedno z ważnych zadań pielęgniarki, a mianowicie na poznanie środowiska pacjenta, warunków jego bytowania, mieszkania, higieny osobistej i na związaną z tym zadaniem pracę pielęgniarki w dziedzinie uświadamiania i profilaktyki. Tak np. należy wykorzystać pobyt chorego w szpitalu dla wdrożenia zasad higieny osobistej i racjonalnego odżywiania, uświadamiać o znaczeniu sportu i prowadzić akcję antyalkoholową. Na oddziałach kobiecych pouczać o wielkim znaczeniu higieny osobistej w czasie ciąży oraz uczyć obchodzenia się z noworodkiem.



Raz na 3 mies. przezorna mama udaje się do wiejskiego Punktu Sanitarnego w PGR.

Przez poznanie środowiska, warunków mieszkaniowych i odżywiania uda nam się niekiedy uratować i uchronić człowieka pracy przed zgubnymi następstwami przebywania w nieodpowiednim otoczeniu, a przez bliski z nim kontakt uda się łatwo wyłowić wszystkie choroby zakaźne i zastosować wszelkie dostępne środki celem zlikwidowania ogniska zakażenia w zarodku.



Najbliższy ośrodek zdrowia niesie pomoc przy zachorowaniu oraz prowadzi pracę profilaktyczną.

W PGR

Chciałbym się dłużej zatrzymać nad rolą pielęgniarki w dwóch gałęziach jej pracy: mianowicie w państwowych gospodarstwach rolnych i w przemyśle. Rola organów służby zdrowia w PGR w ogóle, a pielęgniarki w szczególności jest poważna i odpowiedzialna. Pielęgniarka wraz z lekarzem powinna zorganizować izbę chorych, ambulatorium i salę porodową celem obsługiwania nie tylko pracowników i ich rodzin w danym PGR, ale i mieszkańców najbliższej okolicy. Pielęgniarki muszą mieć w ewidencji całą ludność PGR-u, otaczając szczególną opieką robotnice-matki, młodzież i pracowników z ograniczoną zdolnością do pracy. W czasie robót polnych należy pamiętać o przybliżeniu punktów pomocy sanitarno-lekarskiej do miejsca pracy. Niesłychanie ważnym zadaniem jest zapobieganie infekcyjnym chorobom, a przede wszystkim ostrym zaburzeniom żołądkowo-jelitowym. Kobiety w PGR stanowią poważną siłę roboczą, o czym należy pamiętać i należy kobiecie-matce iść jak najbardziej na rękę, uwalniając ją w czasie robót polnych od opieki nad jej dziećmi. Osiągnąć to można przez urządzanie sezonowych żłobków, przedszkoli i ogródków jordanowskich.

Personel sanitarny powinien pamiętać, ażeby pracowników PGR, udających się na odległe punkty pracy, zaopatrzyć w indywidualne opatrunki i pouczyć o odpowiednim ich użyciu przy urazach i nieszczęśliwych wypadkach.

Pielęgniarki w PGR są najbliższymi pomocnicami lekarza, praca ich jest bardzo intensywna, zwłaszcza w czasie wiosennych robót polnych i żniw. Pielęgniarki udzielają pierwszej pomocy pracownikom PGR, odpowiedzialne są za stan sanitarny obozów letnich i polowych kuchen, udzielają rad i szerzą wśród ludności zasady higieny. Dalszym zadaniem pielęgniarki jest, w wypadku pojawienia się choroby zakaźnej, natychmiastowa izolacja dzieci i dorosłych. Pielęgniarka także powinna pamiętać o przeprowadzaniu pod kierownictwem lekarza wszystkich szczepień ochronnych w odpowiednim po temu czasie.

Pielęgniarka w PGR dopilnowuje, ażeby już przed rozpoczęciem wiosennych robót polnych usunięto wszelkie nieporządki i nieczystości na posesjach, przeprowadzono remonty studni, zakładów kąpielowych, kamer dezynfekcyjnych i ustępów. Zadaniem pielęgniarki jest także ścisła kontrola sanitarna kuchni zbiorowego żywienia i naczyń używanych w tych zakładach. Pielęgniarka powinna od czasu do czasu odwiedzać oddalone punkty pracy robotników PGR. Do jej zadań należy także dopilnowanie, ażeby jeden dzień w tygodniu został wyznaczony na kąpiel pracowników. W razie stwierdzenia przy inspekcji sanitarnej pasożytów, pielęgniarka po uprzednim porozumieniu się z lekarzem, powinna zarządzić dezynsekcję.



Aktyw PCK dba, aby na odległe wsi docierała pomoc lekarska.

Jak już wspomniałem, jednym z zadań pielęgniarki w PGR jest organizacja sezonowych żłobków i przedszkoli, na które wynajduje odpowiednie pomieszczenia. Następnie dopilnowuje odpowiedniego przygotowywania wyżywienia, doboru personelu (w braku wykwalifikowanych pielęgniarek personel przydzielony do żłobków i przedszkoli powinien rekrutować się z najbardziej wartościowych kobiet, mieszkanek PGR), powinna starać się wespół z lekarzem o teoretyczne ogólne przeszkolenie podległego personelu. Pielęgniarka powinna co-

dzień robić przeglądy dzieci i dopilnować ażeby 2—3 razy w miesiącu były badane przez lekarza.

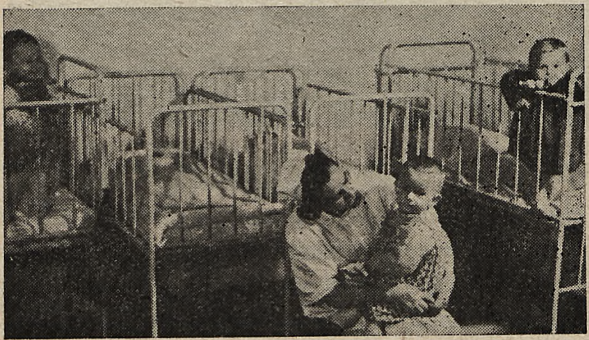
Oczywiście, same pielęgniarki nie są w stanie podołać tej wielkiej pracy, jaka na nich ciąży. Powinny przeszkolić po przez Koła PCK, wykorzystując okres zimowy, odpowiednią kadrę ludzi, którzy już z pewną dozą wiadomości będą mogli spełniać niektóre czynności w dziedzinie sanitarno-lekarskiej.

Jeżeli program ten będziemy sumiennie realizować, zapewnimy PGR dobrą pomoc lekarską i odpowiednie warunki sanitarne, dzieci zaś, ku zadowoleniu matek, znajdą odpowiednią opiekę w żłobkach, przedszkolach i ogródkach jordanowskich.

W PRZEMYŚLE

Z kolei zajmiemy się rolą pielęgniarki w przemyśle.

W związku z małą liczbą lekarzy rola pielęgniarki w przemyśle nabiera specjalnego znaczenia, na jej bowiem barkach spoczywa niemal cała odpowiedzialność za stan sanitarny i zachorowalność w zakładach pracy. Pielęgniarka w zakładach pracy jest prawie zastępcą lekarza, który w zakładzie pracy przebywa niewielką liczbę godzin. Dlatego też musi się głęboko interesować sprawą urazów, nieszczęśliwych wypadków i zachorowań pracowników zakładu, musi brać udział przy rozpatrywaniu nieszczęśliwych przypadków związanych przede wszystkim z sanitarno-higienicznymi warunkami zakładu pracy. Analizując przyczyny urazów, pielęgniarka powinna wnikliwie wejrzeć w sytuację, w jakiej powstał nieszczęśliwy wypadek, obejrzeć dokładnie miejsce wypadku, oświetlenie miejsca pracy, stan warsztatu i instrumentów, którymi posługiwał się robotnik w momencie zajścia wypadku. Powinna interesować się, czy owego pracownika poinstruowano o bezpieczeństwie metody pracy.



Mama spokojnie pracuje przy warsztacie, gdy dziecko ma dobrą opiekę w Żłobku.

Lekarz, lub w jego zastępstwie pielęgniarka, w porozumieniu z osobami mającymi pieczę nad warunkami bezpieczeństwa pracy w zakładzie, powinna na naradach wytwórczych i masówkach wskazać na przyczyny, które wywołały ten nieszczęśliwy wyadek, i zaproponować zarządzenie, któreby na przyszłość zapobiegło wypadkom.

WALKA Z URAZAMI OCZU

Należy dużą uwagę zwrócić na walkę z urazami ocznymi. Niedostateczny nadzór, nieumiejętność obchodzenia się z urządzeniami ochronnymi albo w ogóle nieużywanie ochrony, prowadzi często do urazów ocznych, a niekiedy nawet do utraty wzroku.

Przy rozpatrywaniu urazu ocznego pielęgniarka lub lekarz powinni wyjaśnić następujące punkty:

1) stan miejsca pracy i warsztatu, gdzie miał miejsce wypadek,
2) stopień oświetlenia miejsca pracy (czystość szyb okiennych, siła żarówki elektrynej itp.),
3) topografię warsztatów w miejscu pracy z uwzględnieniem możności uszkodzenia oczu pracujących na sąsiednich warsztatach,
4) stan urządzeń pochłaniaczy pyłu,
5) stan narzędzi pracy (młoty, piły itp.),
6) obecność środków i urządzeń ochronnych przy warsztacie pracy,
7) zastosowanie ekranów i okularów ochronnych,
8) obecność wody i środków służących do przemywania oczu w niebezpiecznych miejscach pracy (odnosi się to zwłaszcza do oparzeń środkami chemicznymi).

Po przestudiowaniu tych wszystkich warunków, w których zdarzył się wypadek urazu ocznego — pielęgniarka powinna zaalarmować ośrodek zdrowia w miejscu pracy, radę zakładową, administrację przedsiębiorstwa, podając przyczyny tych urazów i wskazując jaką należy zastosować profilaktykę.

URAZY

Małe uszkodzenia, nieznaczne nakłucia, pyłki w oku, zadrapania na rękach czy innych częściach ciała u robotników w czasie pracy, pozostawione bez opatrunku czy choćby zdezynfekowaniu, zazwyczaj ropieją i mogą wywołać ogólne zakażenie. Dlatego też zadaniem pielęgniarki w miejscu pracy jest zwrócenie uwagi na te małe urazy i uświadomienie administracji przedsiębiorstwa o ich przyczynach. Na naradach wytwórczych pielęgniarka powinna wyjaśnić, na czym polega walka z tymi drobnymi uszkodzeniami, jakie mogą one wywołać skutki oraz podać projekt zarządzenia, które by pozwoliło na przyszłość uniknąć tych urazów.



A w przedszkolu czeka drugie śniadanie, zabawy i wiele radości.

Działanie środków wytwórczych przy złych warunkach pracy może wywołać w organizmie pracujących szkody przebiegające w formie ostrej lub chronicznej. Te zaburzenia w organizmie przejawiają się w postaci zawodowych zatruć i zachorowań.

Wchodzą tu w grę między innymi:

1) ostre i chroniczne zatrucie zawodowe;
2) choroba kesonowa;
3) ostre schorzenie skórne;
4) pylice;
5) nowotwory złośliwe, wywołane działaniem środków chemicznych;
6) oczopląs pracowników kopalnianych;
7) choroby wywołane promieniami rtg., radu i substancji radioaktywnych;
8) chroniczne zawodowe schorzenie skóry.

Każdy przypadek zatrucia zawodowego lub choroby zawodowej winien być zgłoszony w odpowiednim urzędzie, a chory skierowany do polikliniki chorób zawodowych lub do szpitala. Wszelkie miejsca pracy, w których tego rodzaju zatrucia nastąpiły, winny pozostawać pod kontrolą lekarza i pielęgniarki; celem wprowadzenia ulepszeń w urządzeniach bezpieczeństwa pracy.

BADANIA OKRESOWE

Osobnym działem pracy dla pielęgniarki w przemyśle jest walka o zmniejszenie się liczby zachorowań wśród pracowników. W walce z zachorowalnością nieodzowne jest prowadzenie prawdziwej statystyki zachorowań. Miesięczne statystyki o przypadkach zachorowań i urazach z czasową utratą zdolności do pracy winny być przedstawione radzie zakładowej i dyrekcji zakładu, która każdorazowo powinna zawiadamiać ambulatorium zakładu o nieprzybyciu pracownika z powodu choroby. Do rzędu środków zmniejszających zachorowalność i choroby zawodowe winny być zaliczone regularne przeglądy lekarskie. Przy tych regularnych przeglądach uda się wyłowić chroniczne zatrucie zawodowe, np. zatrucie ołowiem, rtęcią, parami benzyny, aniliny itp., a także chroniczne formy chorób zawodowych (pylice, chroniczne zapalenie skóry itd.). Te okresowe badania dają obraz stanu zdrowia pracownika, dają możność skierowania tych osób w odpowiednim czasie do leczenia sanatoryjnego, uzdrowiskowego itp., lub też przeniesienia do innego zakładu pracy.

WZMAGAMY BEZPIECZEŃSTWO PRACY

Celem wzmożenia bezpieczeństwa pracy, a tym samym uniknięcia zachorowalności i nieszczęśliwych wypadków należy pamiętać o:

1) rozszerzeniu naturalnych źródeł światła,
2) oczyszczaniu szyb i częstego przewietrzania sal,
3) wzmocnieniu i racjonalnym rozmieszczeniu sztucznych źródeł oświetlenia,
4) prawidłowym ogrzewaniu sal,

5) mechanizacji i hermetycznym zamknięciu tych pomieszczeń, w których odbywają się procesy i reakcje przy obróbce trujących substancji,
6) instalacji urządzeń technicznych, oczyszczających powietrze w miejscu pracy,
7) utrzymywaniu równej temperatury sal i korytarzy,
8) racjonalnym urządzeniu umywalni, natrysków i ubikacji,
9) przygotowaniu odpowiedniej wody do picia,
10) zainteresowaniu się wentylacją zakładów pracy, odzieżą ochronną i stołówką,
11) urządzeniu przy dużych zakładach pracy dobrze funkcjonujących zakładów leczenia fizykalnego.



Żłobki przy większych centralach przemysłowych posiadają najnowocześniejsze urządzenia. I mimo smutnej miny kąpiel będzie doskonała.

PRACA WYCHOWAWCZA

Dużo uwagi należy poświęcić pracy sanitarno-wychowawczej, która m. in. wyraża się w:

1) organizowaniu aktywu sanitarnego i odpowiednim kierowaniu jego pracą,
2) organizowaniu wykładów na naradach wytwórczych,
3) wygłaszaniu pogadanek,
4) głośnym czytaniu artykułów o treści propagandowo-sanitarnej,
5) aktywnej pomocy przy organizowaniu Kół PCK i czynnym udziale w ich pracy,
6) teoretycznym i praktycznym przygotowaniu ogółu pracowników do udzielania pierwszej pomocy, redagowaniu gazety ściennej z arkułami z dziedziny zawodowo-sanitarno- higienicznej itp.

Na zakończenie dodajmy jeszcze, że pielęgniarka w każdym zakładzie pracy powinna być przygotowana do udzielania pierwszej pomocy nawet przy poważnych wypadkach.

* * *

Realizacja wspaniałego planu polskiej służby zdrowia zależna jest od ilości i jakości kadr lekarskich i pielęgniarskich, a ścisła współpraca pomiędzy lekarzem i pielęgniarką jest nieodzownym warunkiem dostarczenia światu pracy wysoko jakościowych usług służby zdrowia.

Lekarze i pielęgniarki mają wspólne cele i zadania, mają też do zwalczenia wspólnego wroga, a mianowicie: pokutujący w szczególności na wsi zabobon, każący unikać pomocy lekarzy i pielęgniarek. Chłop, który do niedawna tej pomocy był pozbawiony, jest wciąż jeszcze nieufny, musimy go więc przekonać o dobrodziejstwach prawidłowej pomocy lekarsko-sanitarnej. Tak np. dobrze funkcjonująca izba porodowa na wsi, powodująca wyraźne zmniejszenie odsetka śmiertelności wśród położnic i noworodków, to najlepsza propaganda.

Jestem głęboko przekonany, że przez samokształcenie oraz nauczanie innych, a tym samym zwiększenie wydajności pracy naszych szczupłych kadr, osiągniemy wspaniałe wyniki, którym na imię zdrowie, dobrobyt i szczęście klasy pracującej Polski Ludowej.

Jakub Hajman

Zdjęcia Foto Film Polski

Doc. dr J. Chlebowski

KAMICA ŻÓŁCIOWA

KAMICA żółciowa jest schorzeniem ogromnie rozpowszechnionym, aczkolwiek niezawsze powoduje dolegliwości nawet w tych przypadkach, kiedy na sekcji po śmierci chorego, albo podczas zabiegu operacyjnego w pęcherzyku żółciowym znajdujemy dużą nawet ilość kamieni. Cierpienie zaczyna się zazwyczaj w sile wieku, około lat 30—40, opisano jednak przypadki tej choroby i u małych dzieci, a nawet u osesków. Kobiety chorują 4—5 razy częściej niż mężczyźni, — szczególnie często zaś chorują kobiety, które przeszły ciążę. Należy sądzić, że stoi to w związku z podwyższeniem poziomu cholesterolu we krwi podczas ciąży.

PRZYCZYNY CHOROBY

Za tym, że wzrost cholesterolu we krwi gra poważną rolę w powstawaniu kamieni żółciowych, przemawia częstość ich występowania nie tylko po przebyciu ciąży, ale i po durze brzusznym oraz u osobników otyłych. Nie może to być jednak jedyna przyczyna strącania się złogów w pęcherzyku lub drogach żółciowych, gdyż w nerczycach i niedoczynności tarczycy, gdzie hipercholesterolemia należy również do obrazu chorobowego, kamica żółciowa nie jest zjawiskiem częstym.

Niemałe znaczenie jako czynnik przyczynowy w powstawaniu kamicy żółciowej mają stany zakażenia dróg żółciowych różnymi drobnoustrojami. W związku bowiem ze stanem zapalnym wewnątrz pęcherzyka żółciowego tworzą się drobne złogi włóknika, złuszczonego nabłonka i białych krwinek. Wokół takich ośrodków pochodzenia zapalnego łatwo odkładają się części składowe żółci. Strącanie się składników żółci jest tym bardziej ułatwione, że w stanie zapalnym występuje naruszenie równowagi koloidalnej zawartości pęcherzyka i dróg żółciowych i zmiana odczynu, co sprzyja strącaniu się soli wapniowych.

Wreszcie, do powstawania kamieni żółciowych może się przyczynić zastój zawartości w drogach żółciowych, aczkolwiek sam przez się nie może być jedyną przyczyną kamicy, jak tego dowodzą liczne przykłady. Powodem zastoju żółci mogą być nie tylko przeszkody mechaniczne, w rodzaju przegięcia przewodów czy ucisku na nie, ale i zaburzenia gruczołów wydzielania wewnętrznego (co między innymi ma miejsce także w ciąży) oraz zaburzenia w unerwieniu dróg żółciowych itd.

RODZAJE KAMIENI

Kamienie mogą być pojedyncze, częściej jednakże są mnogie. Opisano przypadki, kiedy u jednego chorego stwierdzono do 20.000 drobnych kamieni. Wielkość i kształt ich bywają różne — od wielkości ziarnka piasku, tzw. „żwir żółciowy“, do rozmiarów średniej wielkości jaja lub ziemniaka.

Odróżniamy kamienie: 1: cholesterynowe, koloru białego lub żółtawego, zazwyczaj owalne, nieliczne, o promienistej budowie na przekroju, nie większe od śliwki; 2. najczęście spotykane — mieszane, składające się z cholesteryny, bilirubiny oraz soli wapniowych; na przekroju widać w nich szereg warstw koncentrycznych; 3. barwnikowe, składające się prawie wyłącznie z bilirubiny i soli wapniowych; są to kamienie liczne, małe, ciemnego koloru, przekrój ich jest jednolity; występują niezbyt często.

OBRAZ KLINICZNY

Jak już wyżej wspominaliśmy, kamienie żółciowe mogą przez długie lata a nawet w ciągu całego życia nie powodować dolegliwości, w innych znowu wypadkach okresy bez dolegliwości są mniej lub więcej długie, przerywane od czasu do czasu napadami kolki, nieraz bez wyraźnego powodu. Przeważnie powodem bywa błąd dietetyczny — spożycie tłustej, mocno przyprawionej albo bardzo zimnej lub zanadto gorącej potrawy. Nieraz także obfita ilość pokarmu i alkohol ponoszą winę za wywołanie

napadu, wreszcie powodem może być jazda na rowerze, przejażdżka konno, albo jazda w trzęsącej furmance czy innym wehikule. ,

Najczęściej napad występuje w kilka godzin po kolacji, czyli wcześnie w nocy, budząc chorego ze snu. Przyczyną bólu jest ostre rozciągnięcie i spazm pęcherzyka i dróg żółciowych, w związku z zatkaniem przewodów przez kamienie, a także podrażnienie ścian tych przewodów przy przechodzeniu drobnych kamyczków lub kryształów.

Ból może być krótkotrwały, albo też trwać godzinami — nawet do paru dni. Zaczyna się zazwyczaj stopniowo, nasilając się, czasem zaś od razu, od gwałtownego bólu w dołku pod sercowym. W przypadkach, kiedy napad trwa dłużej, ból się rozprzestrzenia na całe prawe podżebrze, promieniując w kierunku prawej łopatki i prawego barku. Chory oddycha powierzchownie, jest blady, nieraz spocony, często nie może się powstrzymać od krzyków i jęków. Często napadowi kolki towarzyszą mdłości i powtarzające się wymioty, niejednokrotnie z domieszką żółci, nie przynosząc wcale ulgi. Tętno się zwalnia, czasem jednak — przeciwnie — przyśpiesza i staje się niemiarowe. Ciepłota ciała podnosi się nieznacznie, w przypadkach niepowikłanych — najwyżej do 37,5°C. Brzuch jest lekko wzdęty, stwierdza się umiarkowane napięcie powłok w podżebrzu prawym; wątroba nie jest powiększona. W niepowikłanych przypadkach zmian w obrazie krwi się nie stwierdza. Promieniowanie bólu do lewego podżebrza lub też bóle w okolicy serca, które czasem się spotyka, nie należą do obrazu typowego. Po ustąpieniu napadu kolki chory ma błogie uczucie wyzwolenia, łączące się z ogólnym rozbiciem.

W przerwach pomiędzy napadami chorzy dość często skarżą się na dolegliwości ze strony narządów trawienia, wzdęcie, uczucie pełności w nadbrzuszu zwłaszcza po potrawach tłustych, a także po spożyciu kapusty, kalafioru i jarzyn strączkowych. Bardzo często występuje uporczywa zaparcie, rzadziej — biegunki, wkrótce po obfitszych posiłkach.

POWIKŁANIA

Do najczęstszych powikłań kamicy żółciowej należy zapalenie pęcherzyka żółciowego, a czasem także i dróg żółciowych; jedynie w 12 — 15% przypadków kamicy żółciowej nie stwierdza się stanu zakażenia. Zapalenie powoduje stany podgorączkowe w przypadkach przewlekłych, w ostrych zaś — gorączkę, nieraz z dreszczami; obok tego stwierdzamy typowe zmiany we krwi, tj. zwiększenie liczby białych krwinek i przesunięcie ich obrazu w lewo; wreszcie — przy zajęciu dróg żółciowych stwierdzamy żółtaczkę.

Żółtaczka mechaniczna ze wszystkimi jej objawami i skutkami może także wystąpić wskutek zatkania przez kamień przewodu żółciowego. W rzadszych przypadkach wytwarza się przetoka pęcherzykowo-jelitowa i wówczas, jeśli duży kamień przedostanie się do jelit może dojść do zatkania i niedrożności jelit. Czasami w związku z zapaleniem pęcherzyka żółciowego dochodzi do jego przedziurawienia i do zapalenia otrzewnej.

CHOLECYSTOGRAFIA

Rozpoznanie schorzenia opieramy na typowym wywiadzie i obserwacji napadu kolki, w wielu jednak przypadkach ścisłe rozpoznanie nie jest możliwe bez wykonania badania rentgenowskiego, czyli c h o l e c y s t o g r a f i i z zastosowaniem t e t r a g n o s t u jako środka kontrastowego. Wynik badania w dużej mierze zależy od prawidłowego przygotowania chorego: już parę dni przed właściwym badaniem chory powinien powstrzymywać się od grubych, obfitych w węglowodany powodujące wzdęcie, pokarmów. Nie poleca się solnych środków przeczyszczających, raczej w przeddzień oraz na 1—2 godziny przed zdjęciem należy zrobić choremu ciepłą lewatywę. Szczególnie dobrze na uwolnienie jelit od gazów, które przeszkadzają zdjęciu, wpływają lewatywy z rumianku.

W dniu przyjęcia *tetragnostu,* chory powinien zjeść o godz. 14—15 niezbyt obfity obiad, do którego powinno się dodać 25 g masła lub parę żółtek jaj, gdyż w ten sposób powodujemy wydalenie żółci, zawartej w pęcherzyku. O godz. 18—19 podaje się dożylnie lub doustnie *tetragnost,* zaś zdjęcie rentgenowskie należy wykonać w 12—14 godzin po dożylnym, względnie w 15—17 godzin po doustnym podaniu lekarstwa.

Przy doustnym podawaniu co należy do obowiązków pielęgniarki, rozpuszczamy 4,0 *tetragnostu* w 3/4 szklanki wody (pożądana zasadowa woda mineralna), mieszając za pomocą bagietki szklanej aż fioletowe zabarwienie pły-

nu stanie się wyraźnie jaśniejsze; można też do roztworu lekarstwa w wodzie dodać 0,5—1,0 kwasku cytrynowego. Płyn w tej postaci powinien chory wypić niewielkimi łykami w ciągu 20—30 minut i następnie, dla przyśpieszenia ewakuacji żołądka, ułożyć się na 30—40 min. na prawym boku. Zdjęcia wykonuje się dopiero nazajutrz na czczo, do tego czasu zaś wolno — tylko w dniu przyjęcia lekarstwa — pić słodzoną herbatę.

LECZENIE PODCZAS NAPADU KOLKI

Podczas napadu zadaniem naszym jest możliwie szybko przynieść ulgę choremu wijącemu się z bólu. Zanim przyjdzie lekarz pielęgniarka może zastosować w tym celu gorące okłady na prawe podżebrze; chorzy lepiej znoszą kataplazmy np. z siemienia lnianego niż suche ciepło. W odpowiednich warunkach nieraz uzyskaliśmy doskonałe wyniki stosowaniem półkąpieli o ciepłocie 38°C. Można też spróbować wprowadzić pod język chorego tabletkę nitrogliceryny (0,5—1 mg) oraz wstrzyknąć mu papwerynę (*papaverini muriatici* 0,02—0,04). Lekarz może polecić wstrzyknięcie podskórne atropiny (*atropini sulf 0,001*) albo i morfiny (*morphii mur. 0,01—0,02*); morfina podana bez atropiny u wielu ludzi powoduje wymioty, do tego zaś wywołuje skurcz zwieracza Oddi'ego, zamykającego przewód żółciowy wspólny — przeto wzmaga wewnątrzprzewodowe ciśnienie żółci. Wolniej od wstrzyknięcia działa morfina (lub pantopon) z atropiną, albo z dodatkiem *Extr. Belladonnae* — w czopku doodbytniczo. Poleca się mieć takie czopki w zapasie w przypadkach powtarzających się napadów kolki, zwłaszcza jeśli trudno o wezwanie lekarza (np. na wsi).

Podczas napadu rzadko chory chce i może jeść, przeszkadzają mu wymioty i mdłości; najwyżej więc podaje mu się odrobinę słodzonej herbaty z cytryną lub soków owocowych. Przy dłuższym trwaniu napadu wolno zastosować doodbytniczą kroplówkę z 0,5 litra 5% cukru gronowego, nastawioną tak, by do odbytnicy dostawało się 2 ml roztworu co minutę. Po uspokojeniu bólu i wymiotów przechodzimy do diety płynnej i papkowatej, jak grysik, płatki owsiane, ryż, purée z jarzyn, kisiele i galaretki owocowe. Dieta ta powinna być początkowo bardzo ograniczona i stopniowo tylko ulegać rozszerzeniu.

DIETA

Szczególną uwagę zwracamy na dietę między napadami, w okresie spokoju, właśnie dla zapobiegania napadom kolki. Chory powinien otrzymywać posiłki często, ale w niewielkiej ilości na raz, by z jednej strony sprzyjać wydalaniu złogów, drobnoustrojów i śluzu z pęcherzyka i dróg żółciowych przez żółciopędne działanie pokarmów, z drugiej zaś, by nie przeciążać przewodu pokarmowego.

W związku z tym jadłospis nie powinien zawierać pokarmów ciężkostrawnych, a zwłaszcza pokarmów smażonych, tłustych i tłuszczów o wysokim punkcie topliwości. Z tłuszczów zezwalamy spożywać — i to w niewielkiej ilości — jedynie surowe masło i oliwę. Żółtka jaj, móżdżek, cynadry, czekoladę i kakao, jako zawierające dużo cholesteryny, wyłączamy w ogóle z jadłospisu. Nie ma natomiast przeszkód, by podawać białko gotowanych jaj, gotowane chude mięso i twaróg, gdyż jak obecnie wiemy, pokarmy białkowe przyczyniają się do obrony miąższu wątroby przed uszkodzeniem. Dajemy około 1,5 g białka na kilo wagi ciała chorego, czyli ok. 100 g białka dziennie.

Obok białka dajemy sporo węglowodanów w postaci czerstwego pieczywa, kasz, miodu, cukru, potraw mącznych, przetartych jarzyn i owoców. Owoce i jarzyny działają jednocześnie jako dobry środek przeciw zaparciu i w ten sposób zapobiegają szkodliwemu zastojowi żółci. Jak nas uczy doświadczenie, należy raczej unikać jagód o drobnych pestkach (np. agrest, porzeczki, maliny) a nawet owoców z łupinami, nieraz bowiem byliśmy świadkami napadu bólów po ich spożyciu. Unikać należy także alkoholu oraz pokarmów drażniących przewód pokarmowy i powodujących wzdęcie, jak czosnek, cebula, pieprz, jarzyny strączkowe itp. Szkodliwe są również potrawy bardzo zimne albo zbyt gorące. Jadać należy powoli, dokładnie przeżuwając pokarmy; posiłki należy przyjmować stale o tej samej porze dnia.

ŚRODKI LECZNICZE W OKRESIE POZA NAPADEM KOLKI

Obok diety stosujemy różne środki działające żółciotwórczo i żółciopędnie, np. sól gorzką i glauberską w niewielkich ilościach (działają one jednocześnie przeciw zaparciu): podaje się je w ½ szklance wody na ½ godz.

przed jedzeniem, najlepiej na czczo. Żółciotwórczo działa także salicylan sodu w dawkach po 0,2—0,3, parę razy dziennie.

Dla dezynfekcji dróg żółciowych podajemy trzy razy dziennie 0,3—0,5 urotropiny. W razie wystąpienia ciężkiego zapalenia pęcherzyka żółciowego stosowaliśmy z powodzeniem 0,5 streptomycyny dziennie, dając w sumie 3 do 5 g; w lżejszych przypadkach podajemy dożylnie 40% urotropinę. Niezłe wyniki można czasami uzyskać, stosując systematyczne płukania dwunastnicy 30% siarczanem magnezu. Niekiedy sprawia ulgę podanie na czczo w ciągu 3—4 dni z rzędu 100—200 g czystej oliwy. Pamiętać przytem należy, że kamienie wydalane po takiej kuracji, składają się z kw. tłuszczowych i tłuszczów obojętnych, podbarwionych barwnikiem żółci, czyli niewiele mają wspólnego z prawdziwymi kamieniami żółciowymi, za które usiłują je podać niesumienni znachorzy, żerujący na naiwności chorych.

Dosyć skuteczne jest leczenie balneologiczne, polegające głównie na piciu wód mineralnych alkalicznych, siarczanych i gorzkich (u nas — w Krynicy, Szczawnicy itp.). Poza skutecznością samych wód niemałą rolę gra tu również oderwanie chorego od codziennej pracy i trosk, higieniczny tryb życia w sanatorium, systematyczne spacery, przestrzeganie diety i w ogóle warunki życia w uzdrowisku. Polecenia godne są także okłady borowinowe na okolicę wątroby, które najłatwiej można stosować w uzdrowisku. Obok tego na schorzenie pomyślnie wpływają i inne sposoby stosowania ciepła, jak rozgrzewające okłady, kataplazmy, diatermia krótkofalowa itp.

ZABIEGI OPERACYJNE

Leczenie metodami zachowawczymi powinno być systematyczne i trwać szereg lat. Jeśli jednak mimo przestrzegania prawidłowego trybu życia i diety napady kolki żółciowej często się powtarzają, albo jeśli do nich przyłączają się powikłania, szczególnie zaś długotrwała (powyżej 3—6 tygodni) żółtaczka tzw. mechaniczna, czy też poważny stan zapalny pęcherzyka żółciowego — uciekamy się do zabiegu operacyjnego. Może on polegać na wycięciu pęcherzyka żółciowego *(cholecystectomia)*, przy czym zawsze — w poszukiwaniu przeszkód w drogach żółciowych — przeprowadza się ich rewizję i ewentualnie przecina się przewód żółciowy wspólny *(choledochotomia)*. W przypadkach, gdy chory jest bardzo osłabiony, tworzy się przetokę pęcherzykową *(cholecystoctomia)*, jako zabieg lżejszy, polegający na usunięciu kamieni z pęcherzyka przez otwór w jego ścianie. Dla uniknięcia nawrotów bólów i innych powikłań w związku z zaburzeniami ruchowymi i czynnościowymi po usunięciu pęcherzyka żółciowego polecają niektórzy utworzenie przetoki pęcherzykowo-żołądkowej *(cholecystogastrostomia)*.

Jednak i po zabiegu operacyjnym mogą pozostawać, a nawet powstawać nowe dolegliwości, zależnie od różnych przyczyn, jak np. zmiany zapalne w drogach żółciowych, kamienie, pozostałe w tych drogach itp. Dlatego i po zabiegu trzeba stosować leczenie zachowawcze, o czym należy chorego uświadomić jeszcze przed operacją.

J. Chlebowski

DANUTA PRZYBYLSKA
Instr. Państw. Szk.Pielęgn. Nr. 2
w Łodzi

Pielęgnowanie w kamicy wątrobowej

Kamicą wątrobową nazywa się schorzenie, polegające na tworzeniu się w drogach żółciowych kamieni, które mogą wywołać szereg przypadłości.

W bardzo wielu przypadkach zjawiają się zaburzenia czynności przewodu pokarmowego, zwłaszcza po spożyciu tłuszczów.

Często zaburzenia te występują w nocy, chorzy mają uczucie niepokoju, ucisku i bólu w okolicach żołądka i prawego podżebrza, zgagę, czasem nudność i wymioty treścią zabarwioną żółcią.

Dolegliwości trwają nieraz przez długi czas. Wśród tych objawów pojawiają się ataki kamicy wątrobowej, wywołane przechodzeniem kamienia przez przewody żółciowe. Często w takim stanie chory przybywa na oddział, gdzie trzeba mu udzielić natychmiastowej pomocy.

POMOC DORAŹNA

W czasie ataku lekarz dąży przede wszystkim do usunięcia bólu. Zaleca więc środki łagodzące: gorące okłady na okolicę prawego łuku żebrowego w postaci termoforu, poduszki elektrycznej, kataplazmów, nieraz ucieka się do zastosowania gorącej kąpieli.

Do wykonania wilgotnego okładu potrzebne są pielęgniarce następujące przedmioty: 2 kawałki miękkiej flaneli (takie, żeby starczyły na okolicę wątroby), ceratka odpowiednio duża, opaska wielokońcowa, tłuszcz obojętny do zabezpieczania skóry przed maceracją oraz miednica z gorącą wodą.

Z tak przygotowanym na tacy zestawem idziemy do pacjenta i wykonujemy zabieg w następującej kolejności. Miejsce, gdzie ma spoczywać okład natłuszczamy, następnie warstwę flaneli zanurzamy w gorącej wodzie, wyżymamy przez ręcznik i nakładamy na skórę, po czym przykrywamy ceratką oraz warstwą ciepła (druga flanela). Całość przymocowujemy opaską wielokońcową, tak aby pacjent mógł swobodnie oddychać. Dobrze założony okład uśmierzy ból, bowiem ciepło znosi skurcz mięśni obciśniętych dookoła kamieni.

Przygotowując kataplazm, np. z siemienia lnianego, pamiętać musimy o tym, aby na jedną część siemienia objętościowo wziąć dwie części wody. Mieszaninę gotujemy tak długo aż będzie gęsta i łatwo odchodzić od łyżki. Na deseczce układamy płótno odpowiedniej wielkości, na którym rozsmarowujemy siemię (grubość warstwy siemienia od 1,5 do 2 cm). Kataplazm kładziemy na warstwę suchą (flanelę) oraz na ceratkę i zanosimy do pacjenta. Skórę smarujemy tłuszczem obojętnym i na to dopiero nakładamy przygotowany kataplazm. Całość przybandażowujemy opaską wielokońcową tak, aby nie utrudniać pacjentowi oddychania. (Uważać by pacjenta nie poparzyć!!). Kataplazm zdejmujemy po uływie 1 godziny, po zdjęciu zaś pozostawiamy warstwę suchą.

Przy kąpieli pacjenta musi być obecna pielęgniarka, która mu ewentualnie udzieli pomocy.

Po odpowiednim zabiegu należy pacjenta ułożyć wygodnie, na stoliczku przygotować nerkę, ligninę oraz naczynie z letnią wodą do płukania ust po wymiotach. Należy również wstrzymać podawanie pokarmów. Pacjentowi należy zabezpieczyć całkowity spokój i ciszę. Z leków uśmierzających ból lekarz zaleca zazwyczaj extr. bellad., papawerynę w czopkach, papawerynę z atropiną lub nowalginę w injekcji.

W wypadku gdy atakowi kamicy wątrobowej towarzyszą obfite wymioty, lekarz zaleca kroplówkę odbytniczą z fizjologicznego roztworu soli kuchennej z 5% glukozą w celu rekompensaty utraconych płynów.

LECZENIE

Następnym etapem leczenia kamicy wątrobowej będzie leczenie po ataku. Trzeba tu zwrócić uwagę na ścisłe przestrzeganie diety.

Posiłki powinny być podawane często, ale w niewielkiej ilości, nie za zimne ani za gorące. Pielęgniarka musi zwrócić baczną uwagę, aby pacjent nie spożywał pokarmów drażniących przewód pokarmowy i powodujących wzdęcie. Podawanie dużej ilości ciepłych płynów wpływa korzystnie na rozcieńczenie żółci, co zapobiega tworzeniu się nowych złogów.

Ze środków farmaceutycznych stosowanych zwykle po ataku kamicy wątrobowej należy wymienić podawanie soli gorzkiej lub glauberskiej ½ godziny przed jedzeniem. Sole te działają żółciopędnie.

W razie zapalenia dróg żółciowych stosuje się środki mające na celu odkażenie dróg żółciowych: Salol, Urotropinę albo nawet streptomycynę. Często stosowanym zabiegiem przy tym schorzeniu jest płukanie dwunastnicy 30% roztworem siarczanu magnezu (sposób wykonania tego zabiegu opisany jest poniżej).

BADANIE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH

Schorzenia dróg żółciowych mogą doprowadzić do zwężenia a nawet do zupełnego zamknięcia odpływu żółci do jelit, co nie pozostaje oczywiście bez wpływu na trawienie. Badanie dróg żółciowych przeprowadza się w różny sposób. Aby wydobyć żółć na zewnątrz wprowadza się do dwunastnicy zgłębnik (przed użyciem najlepiej zanurzyć go na kilka minut w zimnej wodzie, w której twardnieje). Żółć zbieramy do probówek, a te po napełnieniu odsyłamy do laboratorium, gdzie wykonuje się badania, na podstawie których można wysnuć wnioski o ciężkości schorzenia.

Aby otrzymać żółć z pęcherzyka żółciowego, po wprowadzeniu zgłębnika do dwunastnicy, należy wywołać skurcz pęcherzyka. Osiąga się to przez wlanie do dwunastnicy 100 ml 25% roztworu siarczanu magnezu ogrzanego do 37°C. Jeżeli droga z pęcherzyka żółciowego do jelit jest wolna, przez zgłębnik wydobywa się do 50 ml żółci tzw. „B" (z pęcherzyka żółciowego), która różni się ciemną barwą od jasnej żółci „A" i „C" z wątroby i przewodów wątrobowych. Każdy rodzaj żółci należy zbierać do oddzielnych probówek. Przy zgłębnikowaniu dwunastnicy chodzi nam o to, by wydobyć jak najwięcej żółci z przewodu oraz z pęcherzyka, i tu — jak poprzednio — wlewamy również roztwór siarczanu magnezu. Miarą przeszkód w odpływie żółci bywa też zabarwienie kału. Badanie moczu i krwi na zawartość barwników żółci również może wskazać na stopień utrudnienia odpływu żółci.

Dla zbadania drożności przewodów żółciowych stosuje się jeszcze badanie rentgenologiczne pęcherzyka żółciowego; aby uwidocznić go na kliszy podaje się choremu, doustnie lub dożylnie, środek kontrastowy, mający własności wydzielania się z krwi do żółci. Środek ten wydziela się z żółcią i spływa do pęcherzyka, gdzie ulega zagęszczeniu wraz z zagęszczeniem się żółci. Dzięki temu pęcherzyk żółciowy staje się widoczny na kliszy rentgenowskiej.

W przygotowaniu chorego do badania pęcherzyka żółciowego, tzw. c h o l e c y s t o g r a f i i, bierze udział pielęgniarka. Aby badanie było dokładne, konieczne jest gruntowne oczyszczenie przewodu pokarmowego z gazów i kału, dlatego przez 2—3 dni stosujemy dietę z wykluczeniem mleka, cukru, jarzyn, grochu, fasoli itp. Równocześnie podajemy choremu węgiel drzewny po 12 tabletek dziennie w celu „odgazowania" przewodu pokarmowego. W przeddzień cholecystografii, po południu, podajemy choremu 15—20 g oleju rycynowego oraz wykonujemy wlew przeczyszczający. Po oczyszczeniu przewodu pokarmowego chory spożywa specjalną wieczerzę, która składa się z 2 jajek na miękko, jednej bułki z 25 g masła oraz mleka. Posiłek powoduje opróżnienie pęcherzyka żółciowego. Mniej więcej w dwie godziny po spożyciu posiłku podajemy pacjentowi doustnie preparat kontrastowy — t e t r a g n o s t w ilości 15—17 g. Płyn ten chory wypija niewielkimi łykami, w ciągu 20—30 minut, leżąc na prawym boku. Badanie rentgenologiczne wykonuje się w 8—15 godz. po podaniu środka kontrastowego. Na zdjęciu rtg. można stwierdzić kształt pęcherzyka oraz ewentualną obecność kamieni. Opisane powyżej badanie pęcherzyka żółciowego *starannie i dokładnie* przygotowane przez pielęgniarkę pozwalają lekarzowi na właściwe rozpoznanie i zastosowanie skutecznego leczenia.

Danuta Przybylska

AGATA CIERPKA
STANISŁAWA GRZEŚKOWIAK
Pielęgn. Sanatorium „Odrodzenie"
Zakopane

Pielęgniarka na oddziale chirurgii klatki piersiowej

Praca niniejsza została wygłoszona jako referat na posiedzeniu naukowym pielęgniarek Państwowego Zespołu Sanatoriów Przeciwgruźliczych w Zakopanem.

WRAZ z rozwojem chirurgii klatki piersiowej powstaje osobny dział pielęgniarstwa, który wymaga omówienia i uzupełnienia. Wśród bardzo już szerokiego dziś zakresu chirurgii, dział chirurgii klatki piersiowej zajmuje najwięcej miejsca w społecznym ujęciu leczenia gruźlicy płuc.

Już za czasów Hipokratesa znano sposób leczenia gruźlicy płuc za pomocą wstrzykiwania powietrza do opłucnej. Uczony de Cerenville w roku 1885 wykonał pierwszą operację na kośćcu klatki piersiowej u chorego na płuca. Po szeregu nieudanych prób leczenia przy pomocy wycinania żeber, pierwszą operację tego typu na większą skalę zaczął w początku 20 wieku stosować Brauer. Po nim nastąpiły operacje Friedriecha, które utorowały drogę Sauerbruchowi — propagatorowi chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc.

Sauerbruch próbował rozmaitych typów torakoplastyk, polegających na usuwaniu małych odcinków wielu żeber. Śmiertelność w następstwie operacji tego rodzaju była jednak zastraszająco wielka, co przypisać trzeba: 1) zbyt rozległemu zabiegowi, wykonanemu jednoczasowo, oraz 2) niedostatecznemu pielęgnowaniu chorych. Pielęgnowano chorych w ten sam sposób, co na chirurgii ogólnej. Nie orientowano się bowiem w szczególnych wymaganiach oddziału chirurgii gruźlicy płuc. Dalszy rozwój leczenia gruźlicy płuc za pomocą torakoplastyki doprowadził ostatecznie do zabiegów, jakie stosujemy dzisiaj z dużym powodzeniem, tj. do torakoplastyki przykręgosłupowej i podłopatkowej, wykonywanych w 2 lub 3 aktach.

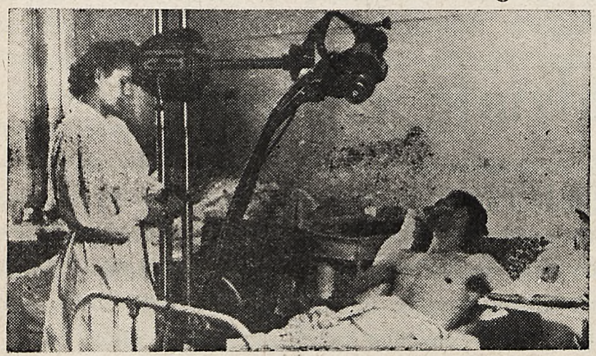
Oprócz leczenia terakoplastyką wiele oddziałów chirurgii klatki piersiowej przeprowadza leczenie pewnych postaci gruźlicy płuc zewnątrzopłucną odmą chirurgiczną, która rozpowszechniła się bardzo w ostatnich czasach, a liczba oddziałów nastawionych na leczenie tego typu wzrasta z każdym dniem. Wzrasta też zapotrzebowanie na personel pielęgniarski, wyspecjalizowany w pielęgnowaniu tego rodzaju chorych. W ramach niniejszego artykułu chciałybyśmy podzielić się wiadomościami zdobytymi na oddziale chirurgii klatki piersiowej w Sanatorium im. dr O. Sokołowskiego w Zakopanem.

Chorych w Sanatorium możemy podzielić na leczonych spoczynkowo oraz — leczonych zabiegami uciskowymi i odprężającymi. Najkorzystniejszym sposobem leczenia odprężejącego jest odma śródopłucna, niestety jednak nie wszystkich chorych da się leczyć za pomocą tej metody.

PSYCHICZNE PRZYGOTOWANIE CHOREGO

Chorych wymagających leczenia chirurgicznego należy do zabiegu przygotować, w przygotowaniu zaś bardzo ważną rolę odgrywa pielęgniarka. Podobnie jak lekarz i ona musi dbać o odpowiednie nastawienie psychiczne chorego — przygotować chorego do konsultacji, która zadecyduje jakiemu leczeniu chory zostanie poddany. W tym okresie pielęgniarka powinna dużo z chorym rozmawiać, uświadamiać go o indywidualnych i społecznych niebezpieczeństwach, jakie mogą za sobą pociągać zmiany jamiste w płucach, o korzyściach jakie daje leczenie za pomocą zabiegu chirurgicznego itp. Powinna zaprowadzić chorego do innego, który jest już po zabiegu chirurgicznym, nawiązać kontakt i spowodować, by chory

wahający się w obawie przed dużym zabiegiem, nabrał odwagi i zaufania do tej metody leczniczej.



Pielęgniarka wykonuje zdjęcie przenośne u ciężko chorego.

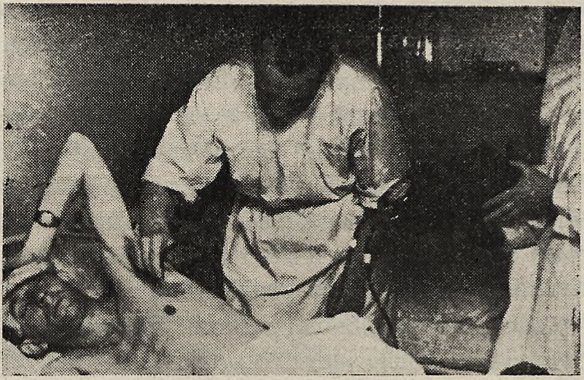
W tymże czasie obok przygotowania psychicznego musi się także przygotować chorego ogólnie przez racjonalne żywienie, rygorystyczne przebywanie w łóżku oraz w razie potrzeby — przez podawanie leków wzmacniających narząd krążenia. Pielęgniarka razem z lekarzem dbają, by wszystkie badania laboratoryjne, jak: badanie morfologiczne krwi, badanie moczu, plwociny, szybkości opadania krwinek czerwonych, pojemność życiowa płuc, waga ciała, badanie czynności nerek (próba Volharda) przed decydującą konsultacją zostały wykonane, a wyniki umieszczone w historii choroby. Pielęgniarka przygotowuje chorego do czynnościowego badania serca (które wykonuje lekarz), towarzyszy choremu do gabinetu rentgenowskiego celem wykonania zdjęć — zwykłego i warstwowego (tomografia).

FIZYCZNE PRZYGOTOWANIE CHOREGO

W oznaczonym dniu pielęgniarka odprowadza chorego z jego historią choroby i zdjęciami rtg. na konsultację lekarską. Chory zakwalifikowany do zabiegu wraca na oddział, gdzie pielęgniarka w dalszym ciągu przygotowuje go, aż do czasu wyznaczonego przez chirurga. Przygotowanie to polega w pierwszym rzędzie na leczeniu spoczynkowym („ścisłe łóżko") przez okres 4 tygodni, a oprócz tego niektórzy chorzy otrzymują także środki farmakologiczne, jak streptomycynę, kwas paraaminosalicylowy lub oba te leki razem oraz środki wzmacniające — strychninę, natrium cacodilicum itp.

W tym czasie pielęgniarka powinna specjalnie troszczyć się o racjonalne odżywianie chorego, dobry apetyt i regularne wypróżnianie. W okresie przygotowawczym pielęgniarka kontroluje raz w tygodniu — pojemność życiową, wagę ciała chorego, raz na dwa tygodnie oddaje do badania plwocinę chorego i krew na O. B.; oznacza dokładnie dobową ilość plwociny i zapisuje to na karcie, a poza tym zwraca uwagę na czystość skóry chorego i w razie obecności małych wyprysków leczy je maścią sulfamidową lub inną, aż do całkowitego zniknięcia.

Przygotowanie do odmy zewnątrzopłucnej trwa dłużej i prócz wszystkich badań wyżej wymienionych określa się choremu na tydzień przed zabiegiem jeszcze czas krwawienia i krzepnienia krwi oraz oznacza grupę krwi. Pięć dni przed zabiegiem podaje się choremu dożylnie Kalcium gluconatum z cebionem, a witaminę — domięśniowo. Bezpośrednio przed torakoplastyką wykonuje się kontrolę pojemności życiowej płuc, wagi ciała oraz badanie moczu, O. B. i ciśnienia krwi.



Lekarz wykonuje z pomocą pielęgniarki dopełnienie odmy wewnątrz opłucnej.

W razie stwierdzenia u chorego małej pojemności życiowej płuc, co utrudnia wykonanie zabiegu chirugicznego, pielęgniarka przeprowadza, z każdym chorym oddzielnie, ćwiczenia oddechowe, ucząc go jak ma je wykonywać po zabiegu. Ćwiczenia oddechowe są najważniejszym elementem leczenia pooperacyjnego — od nich zależy los chorego. Ćwiczenia z chorymi należy wielokrotnie powtarzać. Pielęgniarka powinna również przerobić z chorym ćwiczenia gimnastyczne, jakie chory będzie wykonywał po zabiegu. Należy przypomnieć choremu o obowiązku podpisania zgody na zabieg.

PRZED ZABIEGIEM

W dniu poprzedzającym zabieg, chorego bada operator i wydaje pielęgniarce ostatnie zlecenia dotyczące m. in. sposobu podawania środków nasercowych. Tego dnia ostatnim posiłkiem chorego jest obiad; około godz. 15 podaje się środek przeczyszczający, a później zezwala się tylko na zaspokojenie pragnienia (o godz. 20 chory otrzymuje ¼ litra słodkiej herbaty, podobnie i w dniu operacji — na 3—4 godzin przed zabiegiem).

Wieczorem, w dniu poprzedzającym zabieg, pielęgniarka przygotowuje pole operacyjne — zmywa ciepłą wodą z mydłem połowę klatki piersiowej przeznaczoną do operacji, wyciera na sucho wyjałowionym kompresem, następnie zmywa skórę jod-benzyną i smaruje ją nalewką jodową 3%. W ten sposób odkażoną skórę zawija się wreszcie wyjałowionym kompresem i pozostawia aż do chwili znieczulenia. Każdy chory z reguły otrzymuje na noc przed zabiegiem środek nasenny.

W DNIU OPERACJI

W dniu operacji na pół godziny przed znieczuleniem wstrzykuje się choremu 1 ampułkę morfiny 0,01 i 1 ampułkę skopolaminy 0,0003. Do znieczulenia zawozi się chorego do pokoju przygotowawczego n a w ó z k u (nigdy chorego nie wolno prowadzić ze względu na działanie narkotyków). Pielęgniarka pozostaje w pokoju przygotowawczym do końca znieczulenia i pomaga przy układaniu chorego na stole operacyjnym. W czasie operacji pielęgniarka oddziałowa przygotowuje na sali łóżko dla chorego. Zmienia całkowicie bieliznę pościelową, ogrzewa łóżko termoforami z gorącą wodą i aparatem Polana; na stoliku przy łóżku stawia pojniczek z zimną wodą do płukania ust, nerką z ligniną, przygotowuje zapasową poduszkę, wałek pod kolana, kółko gumowe i schodki dla podniesienia łóżka, tak by chory spoczywał głową niżej tj. w ułożeniu Trendelenburga. Temperatura w pokoju powinna wynosić 22° C., powietrze powinno być wilgotne; w tym celu stawia się na płycie elektrycznej naczynie z wodą z dodatkiem kilku kropel terpentyny. Na dzwonek z sali operacyjnej pielęgniarka zajeżdża wózkiem i pomaga przy zakładaniu opatrunku uciskowego.

PO OPERACJI

Po operacji chory wymaga niezmiernie troskliwej opieki; od pielęgniarki zależy w dużej mierze pomyślność leczenia pooperacyjnego i powrót chorego do zdrowia.



Wyjmowanie ze sterylizatora jałowych narzędzi w dziurkowanym koszyku

W leczeniu pooperacyjnym pielęgniarka powinna ściśle przestrzegać szeregu obowiązujących zasad: przede wszystkim należy co 15 minut mierzyć ciśnienie krwi i tętno:

przy normalnym ciśnieniu krwi, po 2 godzinach chorego podnosi się do pozycji płaskiej, po 2 następnych godzinach — do pozycji półsiedzącej. W razie spadku ciśnienia krwi poniżej 90 mm Hg podaje się środki nasercowe, ogrzewa chorego termoforami, układa w pozycji Trendelenburga i wzywa lekarza. W razie dłuższego utrzymywania się spadku ciśnienia lekarz robi transfuzję krwi, dalej podaje środki nasercowe — aż do podniesienia się ciśnienia krwi do normy.

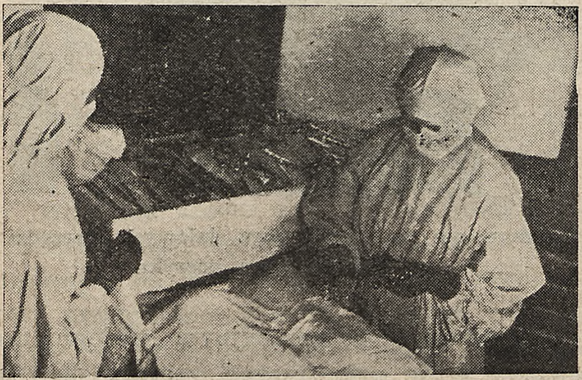
Przez pierwsze 3 dni obowiązuje ścisła dieta: herbata, grysik, kleik, kompot, płynny owoc, sucharki. Przez następne 7 dni chory otrzymuje wyłącznie dietę żołądkową. W 10 dni po zabiegu wyjmuje się szwy, po czym chory dostaje dietę normalną.

W 3 dniu po operacji stosuje się lewatywę i zwraca się uwagę, by odtąd chory miał wypróżnienie codziennie. Po odmie zewnątrzopłucnej chory otrzymuje co 6 godzin środki uśmierzające ból — w sumie 9 zastrzyków; po torakoplastyce również co 6 godzin — w sumie 21 zastrzyków. Prócz tego choremu podaje się dożylnie przez 3 dni calcium gluconatum dwa razy dziennie, przez dalsze 2 dni —

raz dziennie oraz witaminę K domięśniowo przez 5 dni — raz dziennie.

Każdemu choremu po zabiegu mierzy się przez 9 dni co 4 godziny temperaturę i tętno, dane te zapisuje się na specjalnej operacyjnej karcie gorączkowej.

Rano przed wizytą lekarza pielęgniarka zapisuje dokładnie dobową ilość plwociny; aby plwocina nie zalegała chory dostaje co 3 godziny środek wykrztuśny. Zaleganie plwociny może spowodować niedodmę płuca.



Dwie pielęgniarki układają na stoliku jałowe narzędzia potrzebne do zabiegu torakoplastyki.

Walka z niedodmą na oddziale chirurgicznym jest jednym z naczelnych zadań także i pielęgniarki. Od pierwszych godzin po torakoplastyce pielęgniarka dba, aby chory oddychał przeponą, o czym pouczony został przed zabiegiem. Pierwszego dnia po zabiegu główny nacisk w pielęgnowaniu położony jest właśnie na ten typ oddychania, który ułatwia wykrztuszanie i nie dopuszcza do niedodmy. Kilkominutowe oddychanie przeponowe zmusza chorego do kaszlu, dzięki czemu wykrztusza bogatą w prątki plwocinę pochodzącą z uciśniętej jamy gruźliczej. W czasie kaszlu pielęgniarka przytrzymuje choremu dwoma rękami miejsce odżebrzone i rozluźnia ucisk w czasie wdechu. Ułatwia to wybitnie odkrztuszanie i zapobiega zaleganiu plwociny w drzewie oskrzelowym. Zdarza się jednak, że mimo bardzo troskliwego pielęgnowania rozwija się niekiedy niedodma podstawy płuca po stronie operowanej. Wówczas wszystkie wysiłki personelu pielęgniarskiego zmierzają do zwalczania tej niedodmy. Stosuje się d r e n a ż p o ł o ż e n i o w y, 3 razy dziennie po 1 godznie. Zabieg ten polega na ułożeniu chorego na zdrowym boku głową na dół po uprzednim podaniu większej ilości środka wykrztuśnego i stosowaniu masażu uderzeniowego podstawy płuca dotkniętego niedodmą. Dożylnie podaje się 10 ml 1% nowokainy oraz zwraca się uwagę na jeszcze intensywniejsze oddychanie przeponą.

W pierwszych dniach uważa się pilnie na opatrunek uciskowy; w razie jego zwolnienia należy — w obecności lekarza — nałożyć nowy, gdyż przy rozluźnionym opatrunku mogą wystąpić tzw. r u c h y o p a c z n e, czego objawem jest duszność przy wdechu i wydymaniu się w czasie wydechu, co pociąga za sobą błędne krążenie powietrza między płucem zdrowym, a chorym, i może nawet doprowadzić do śmierci chorego z powodu niedotlenienia. Jeżeli, mimo dobrego opatrunku uciskowego, stwierdza się obecność ruchów opacznych w okolicy podobojczykowej, zakłada się choremu specjalną pelotę, przygotowaną z przylepców.

Często na oddziale chirugicznym podaje się chorym tlen. Z butli przemysłowej tlen przeprowadza się przez reduktor do aparatu tlenowego i stąd przez maskę typu B. L. B. dochodzi do chorego w ilości 6 litrów na minutę. Tlen podajemy zwykle w sposób przerywany, to znaczy po 10—15 minut co 3 godziny. Pamiętając, że tlen powoduje wysuszanie błon śluzowych, dobrze jest przepuścić strumień tlenu przez butelkę z wodą. Pielęgniarka powinna być dobrze obeznana z techniką podawania tlenu, bowiem nieraz musi go podać jeszcze przed przybyciem lekarza.

PUNKCJE

Do bardzo częstych zabiegów na oddziale chirurgii klatki piersiowej zaliczyć można p u n k c j ę czyli nakłucie. Według ustalonego schematu nakłucia wykonuje się zawsze następnego dnia po pierwszym akcie toraklopla- styki. Punkcje mają na celu odsysanie krwawego płynu, który zbiera się w przestrzeni pooperacyjnej po wykonaniu apikolizy. Dalsze nakłucia zależą od szybkości zbierania się płynu i od stanu chorego. W razie potrzeby lekarz wykonuje je kilkakrotnie, przy czym zawsze asystuje mu pielęgniarka, która musi być bardzo dobrze poinformowana o sposobie wykonywania nakłucia przestrzeni zewnątrzopłucnowej, o przygotowaniu chorego do takiej punkcji, jak również o sposobie udzielania pomocy chorym osłabionym po zabiegu i chorym z niskim ciśnieniem krwi. W wielu wypadkach, pomimo nakłuć i braku płynu w przestrzeni po apikolizie, temperatura utrzymuje się na-

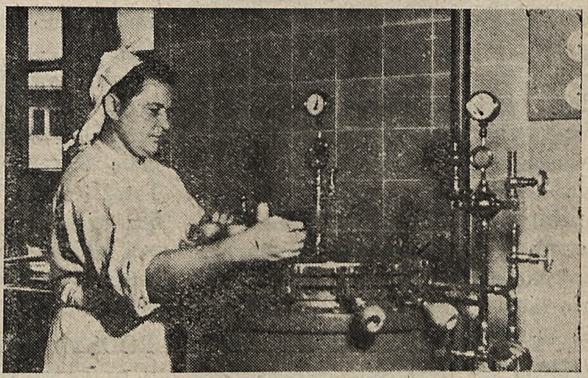
dal — wówczas rozpoczyna się podawanie sulfamidów w ogólnej ilości 60 tabletek. Pielęgniarka musi wiedzieć, że równocześnie z sulfamidami trzeba choremu podawać duże ilości płynów oraz sody oczyszczonej.

Częściej aniżeli po torakoplastyce stosuje się odsysanie płynu po zabiegu odmy zewnątrzopłucnej. Przez pierwsze 3 dni po operacji chorego prześwietla się co 6 godzin dla ustalenia poziomu płynu w komorze odmy zewnątrzopłucnej, celem decyzji co do punkcji. W przypadkach dużych krwawień do komory odmowej dochodzi niekiedy do konieczności usuwania powstałych skrzepów drogą torakotomii. Objawami — po których pielęgniarka orientuje się o krwotoku do komory zewnątrzopłucnej — są: duszność, bladość skóry, szybkie tętno, spadek ciśnienia krwi i uczucie ucisku na śródpiersie. Chory nie wymaga wówczas żadnego specjalnego przygotowania, ponieważ chirurg wykonuje zabieg z poprzedniego cięcia, po wyjęciu szwów z blizny pooperacyjnej. Na ½ godziny przed zabiegiem chory otrzymuje tę samą dawkę morfiny ze skopolaminą, co przed każdym innym dużym zabiegiem operacyjnym, znieczulenie zaś odbywa się na stole operacyjnym, na którym pielęgniarka układa chorego w sposób zwykły. Obecność pielęgniarki odcinkowej na sali operacyjnej jest wymagana, ponieważ choremu często trzeba w czasie zabiegu wykonać przetaczanie krwi lub plazmy, względnie podawać tlen. Tlen podaje się tak samo jak w pokoju chorego — z aparatu tlenowego po 6 litrów na minutę.

POKÓJ ZABIEGOWY

Na oddziale chirurgii klatki piersiowej musi być odpowiednio urządzony i wyposażony pokój zabiegowy, którym opiekuje się pielęgniarka odcinkowa. W pokoju tym znajduje się spirometr z ustnikami zanurzonymi w płynie dezynfekcyjnym, aparat do mierzenia ciśnienia krwi, fonendoskop, (ciśnienie po zabiegach mierzy pielęgniarka odcinkowa), waga, apteczka podręczna z najpotrzebniejszymi lekami, stojak do transfuzji, aparat do przetaczania krwi, kilka kompletów suchej plazmy oraz wózek opatrunkowy. Wózka tego używa pielęgniarka do wszystkich drobnych zabiegów i opatrunków w pokojach chorych, na nim musi znajdować się wszystko co potrzebne jest do tych czynności.

Na oddziale chirurgii klatki piersiowej powinna pracować specjalnie wyszkolona pielęgniarka, zajmująca się fizykoterapią, gimnastyką z chorymi i leczeniem zajęciowym. Do niej należy prowadzenie z chorymi gimnastyki po zabiegach, od niej zależy decyzja co do rodzaju ćwiczeń, jakie mają wykonywać poszczególni chorzy, zależnie od stopnia skrzywienia kręgosłupa po torakoplastykach, odpowiednie układanie chorego w okresie leczenia uzupełniającego po dużych zabiegach i gimnastyka z chorymi, którzy już wstają po zakończeniu „ścisłego łóżka". Gimnastyka odbywa się z chorymi zbiorowo, po zabiegach z całego zakładu, raz w tygodniu, w innym dniu z mężczyznami, w innym z kobietami, w sali gimnastycznej specjalnie do tego celu wyposażonej, gdzie znajdują się odpowiednie przyrządy gimnastyczne, jak ławy, drabinki, balon do boksu, sztuczne wiosła itp.



Przodownica pracy, pomocnica sali operacyjnej, Zofia Żarska, zakręca szczelnie pokrywę autoklawu.

Na oddziale, gdzie personel pielęgniarski został przeszkolony według wspomnianych zasad można wykonywać wszystkie zabiegi, wchodzące w zakres chirurgii klatki piersiowej, można mieć pewność, że chorzy będą dobrze pielęgnowani, że nie będziemy mieć przypadków przykurczów kończyn ani skrzywień kręgosłupa, że zarówno chirurg jak i chorzy będą zadowoleni z przebiegu leczenia, zaś odsetek wyleczeń będzie bardzo wysoki.

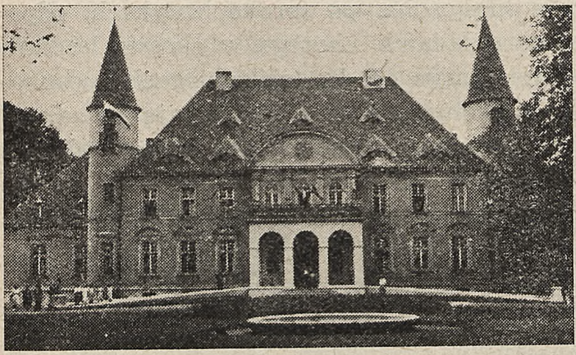
Zakopane potrzebuje dużo pielęgniarek, gdyż nowopowstały Państwowy Zespół Sanatoriów Przeciwgruźliczych liczy przeszło 1500 łóżek, Polska Ludowa kształci obecnie kadry pielęgniarek, a w Zakopanem odbywa się w bieżącym roku już trzeci 6-miesięczny kurs Młodszych Pielęgniarek PCK.

Agata Cierpka
Stanisława Grześkowiak

Wszystkie zdjęcia „Fotojedność" Zakopane, Krupówki

Po zdrowie do Kościan

(reportaż)



Sanatorium Kościan filia w Siekowie

Powiat kościański województwa poznańskiego... Żyzne ziemie objęte w planową gospodarkę P.G.R-ów radują oko swym bogactwem. Krajobraz przecinają starannie utrzymane, bite gościńce. Budynki przystosowane do potrzeb obejścia mówią o ładzie i porządku. Sercem powiatu jest Kościan, śliczne miasteczko o estetycznych domkach otoczonych ogródkami. Można tu zwiedzić fabrykę cygar P.M.T. i cukrownię — dwa zasadnicze źródła utrzymania mieszkańców. Ale przede wszystkim warto wejrzeć w tutejszą dyscyplinę pracy, przyjrzeć się wprowadzonej w życie zasadzie: odpowiedni człowiek na odpowiednim miejscu. Gdyby nie bezduszność mechanizmu zegarka porównałbym życie w Kościanie do jego precyzyjności. Ale idźmy dalej! Czy służba zdrowia harmonizuje swą działalnością z panującym wszędzie ładem?

SŁUŻBA ZDROWIA

Szpital Powiatowy w Kościanie dysponuje 160 łóżkami. Oddalony o 15 kilometrów Szpital w miasteczku Śmigle posiada 40 łóżek. W dniu Rocznicy Odrodzenia otwarto Pogotowie Ratunkowe. Dwie karetki pogotowia oddadzą cenne usługi pracownikom P.G.R-ów i Spółdzielni Produkcyjnych, rozsianych gęsto po całym powiecie.

Zarówno Szpitale, Ośrodek Zdrowia, jak i Pogotowie Ratunkowe mieszczą się w wygodnych, solidnych budynkach, gdzie wnętrza wyposażono we wszelkie urządzenia konieczne do zabiegów klinicznych. Kościan — proporcjonalnie do swych niewielkich zniszczeń wojennych mniej energii i czasu musiał zużyć na ich likwidację w pierwszej fazie budownictwa socjalistycznego. Toteż i służba zdrowia mając tu dobre stosunkowo warunki początkowej pracy stanęła na wysokości zadania.

PODSTAWOWE SANATORIUM DLA NERWOWO CHORYCH

Nocny pociąg z Poznania przybywa do Kościana dość wcześnie — o 5 rano. Ulice jeszcze śpią, ale we wnętrzu domów budzi się już życie.

Staję przed dużą tablicą „Państwowe Sanatorium dla Nerwowo Chorych w Kościanie". Cel mojej podróży.

Niestety, główne wejście otwierają dopiero o godzinie 6-tej. Decyduję się wejść „od kuchni". Okrążenie parku zabiera dobry kwadrans. Gmach pobernardyński, ciężki i monotonny na zewnątrz, nosi ślady pruskiego zaboru. Na krótko jestem uwięziony w portierni. Mija mnie personel szpitalny śpieszący na dzienną zmianę. Oto lista obecności już podpisana — a jest dopiero 5.45. Rezerwa czasu, aby się przebrać i przygotować do pracy.

Zostaję wykupiony z portierni jako gość Rady Miejscowej ZZPSZ. Dziś w dniu Święta Odrodzenia odbędzie się także uroczystość wręczenia Radzie Miejscowej ZZPSZ Sztandaru Związkowego. Towarzysze śpieszą na kurs — powierzają więc mnie opiece pielęgniarek. Jestem co prawda bardzo śpiący po podróży, lecz nie mogę się powstrzymać od pytania „Kurs? Jaki kurs? O szóstej rano?" Wymaga to jednak dłuższej odpowiedzi, a tu wszyscy się śpieszą. Trudno, odkładamy to na później.

O dziesiątej w gabinecie wicedyrektora zastaję cały Zarząd Rady Miejscowej, wykańczają przygotowanie do mającej się odbyć uroczystością. Fakt że w nocy ciężko zachorował przewodniczący Rady, motor organizacji związkowej, nie zakłóca toku przygotowań. Zostały one określone dużo wcześniej, przepracowane i przemyślane dokładnie. Zebranie trwa zaledwie 15 minut, ale w zespole każdy wie, jaki ma zająć posterunek i co należy do jego obowiązków.

POZNAJĘ ZAKŁAD PRACY

Sanatorium robi wrażenie odrębnego miasteczka. Zajmuje teren o powierzchni 13 ha. Poprzez listowie drzew ogromnego parku przeświecają ciemną czerwienią cegieł pawilony i gmach główny. Dyrektora, ob. Oskara Bielewskiego, który wyjechał służbowo, zastępuje dr. G. Hüttner, który oprowadza mnie po zakładzie. Pawilony jednopiętrowe posiadają wysokie, widne i czyste sale — całe wnętrze działa dziwnie kojąco. Kuracjusze odziani jak na wczasach, leżakują, czytają, zabawiają się w różne gry lub spacerują. Ten i ów ucina poobiednią drzemkę. Z podsłuchanych rozmów nie odnosi się wrażenia, że są to ludzie chorzy. Wyglądają na zadowolonych z mile spędzanych wczasów. A okres kuracji przewiduje od 3 do 6 miesięcy...

Przechodzimy do pawilonu odwykowców (tak określa się pacjentów przechodzących kurację antyalkoholową). Mogę tu zaobserwować charakterystyczne objawy nadużywania

alkoholu — sina barwa nosa, zaczerwienione, obrzmiałe twarze itp. Niektórzy pacjenci przejawiają nadmierną ruchliwość.

Zakład nasz — wyjaśnia dr Hüttner, prowadząc mnie do następnego pawilonu — nie jest szpitalem lecz sanatorium, a jednak mamy tu jeszcze na okres przejściowy pacjentów ze schorzeniami organicznymi, zaraz to pan zobaczy.

Chorzy jedzą właśnie podwieczorek pod czujnym okiem pielęgniarzy, których jest tu znacznie więcej niż w poprzednich budynkach. Jedni witają lekarza radośnie, inni obojętnie, są i tacy, którzy nie zmieniają wyrazu ospałych twarzy. Wypadki chorobowe nie są błahe: epilepsja, katatonia, schizofrenia.

Wracamy do gabinetu lekarskiego. Staram się uporządkować w myślach wszystko, co widziałem. Wiem, że pomogą mi w tym wyjaśnienia lekarza. Zasypuję go więc pytaniami i jednocześnie wyciągam notes.

— Celem naszego zakładu — mówi dr Hüttner — jest leczenie chorób psychicznych przy stosowaniu metody drzwi otwartych, to znaczy dajemy pacjentowi swobodę, możność poruszania się po całym zakładzie, nawet udzielamy nieraz przepustek na miasto.

— Na jakie kategorie dzielicie chorych i jakimi metodami są oni leczeni?

— Zasadniczymi schorzeniami są neurologiczne i psychonerwicowe — podejmuje dr Hüttner. Neurologiczne leczy się za pomocą masaży, elektryzacji i środków farmaceutycznych, drugie zwalcza się analizą psychiczną i metodami fizykoterapeutycznymi, oraz narkozą gazową. W tych wypadkach stosujemy również metodę sportową, aplikując przedzapaściowe dawki insuliny, co wywołuje u pacjenta poty, bladość, ogólne osłabienie i średnie zwolnienie tętna. W ten sposób doprowadza się chorego do stanu preagonalnego czyli przedzapaściowego. Stany psychotyczne oraz inne lżejsze leczy się elektrozabiegami, elektronarkozą, narkozą eterową, przedłużonymi zapaściami insulinowymi, kombinacją elektroszoków i zapaściami insulinowymi oraz, według metody Pawłowa, — przedłużonym snem.

Psychiczne schorzenia organiczne podlegają jednej lub kilku z wyżej wymienionych metod, w zależności od stanu schorzenia. Alkoholików poddaje się 10-cio dniowej kuracji odwykowej przy użyciu strychniny, luminalu i psychoanalizy. Poza tym pacjenci przesłuchują cykl wykładów na temat zgubnego wpływu alkoholu. Psychoanalizę przeprowadza się zbiorowo i jednostkowo. Sedno sprawy polega na wykryciu podłoża, na jakim powstały skłonności do alkoholu. Zależnie od wyników tych badań odbywa się dalsze leczenie. Stosujemy też z powodzeniem terapię pracy. Chorzy obsługują się sami, prowadzą świetlicę, zawiązują organizację samorządową — wszystko to oczywiście pod kierownictwem lekarza.

— Jak długo trwa kuracja?

— Leczenie nasze wymaga stosunkowo dużo czasu: od 3 — 6 miesięcy.

— Czy rezultaty zawsze są pozytywne?

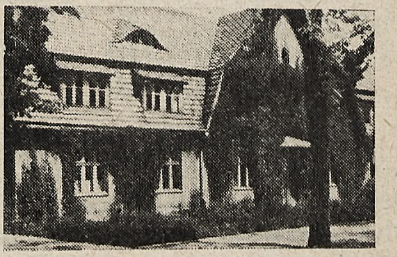
— Najczęściej tak.

— A jaka jest możność kontroli?

— Kuracjusze opuszczając nasz zakład przechodzą pod obserwację Poradni Zdrowia Psychicznego. Nosimy się również z zamiarem urządzenia zjazdu b. alkoholików w mies. sierpniu.

* * *

Sanatorium w Kościanie posiada oddział w Siekowie. Kieruje się tam alkoholików zgłaszających się dobrowolnie. Podlegają oni tym samym zabiegom co w sanatorium kościańskim. Większy jednak nacisk kładzie się na terapię pracą. Pacjentów zatrudnia się w ogrodach i przy zbieraniu ziół leczniczych. Warunki lokalne są tam bodajże lepsze niż w Kościanie. Wszystko przemawia za tym, że pacjent — uzyskawszy tężyznę fizyczną i dyscyplinę wewnętrzną — uodporni się i zwalczy ostatecznie zgubny nałóg. Lekarze i obsługa dokładają do tego dużych starań. Wiedzą czym dla naszego państwa jest powrót do społeczeństwa wyleczonej jednostki. Praca pracowników służby zdrowia na tym odcinku jest trudna, wymaga dużej wnikliwości, znawstwa psychologii ludzkiej i opanowania, naogół jest to praca bardzo wdzięczna, zdarzają się jednak jeszcze smutne wypadki gdy ktoś z rodziny ozdrowieńca piszą po pewnym czasie do Dyrekcji zakładu list, dyktowany rozpaczą: „Co robić? Znów zaczął pić...".



Pawilon Sanatoryjny, Kościan.

Do ciekawych wniosków można dojść, gdy się zestawi zawody kuracjuszy. największa ich ilość rekrutuje się tu z pracowników umysłowych (przeważnie księgowi) i z wysokowykwalifikowanych rzemieślników. Wśród pacjentów w Siechowie znajduje się tylko jeden rolnik!

* * *

Aby dopełnić obrazu powiatowej sieci służby zdrowia jedziemy do Państwowego Sanatorium dla Nerwowo Chorych w WONIEŚCIU, prześlicznie położonego wśród parku, nad jeziorem. Stamtąd zaś po kilku minutowej jeździe autem dostajemy się do Spławy. Zwiedzamy tutejsze Sanatorium dla Dzieci Nerwowo Chorych. Sanatorium w Spławie, choć najskromniejsze w powiecie, wywiera najsilniejsze wrażenie ze względu na swych młodocianych mieszkańców. W gromadce liczącej 46 dzieci w wieku od lat 7 — do 14 tylko dwóch chłopców przysparza opiekunom istotnego zmartwienia: 12-letni Jaś, który kradnie jak przysłowiowa sroka i Włodzio, trudny do uleczenia globtroter (podróżnik). Dzieci uczą się na miejscu i w pobliskiej szkole.

Schorzenia ich, częstokroć spowodowane niewłaściwą atmosferą domową i brakiem należytej opieki, usuwa się na ogół dość łatwo dzięki pełnej poświęcenia pracy zespołu sanatoryjnego i warunkom leczenia.

W drodze powrotnej zatrzymujemy się jeszcze w CZARKOWIE, w gospodarstwie rolnym, należącym do

sanatorium w Kościanie. Gospodarstwo to niestety nie spełnia właściwego zadania. A przecież mogłoby się stać śpichlerzem i komorą sanatorium. Zmiana personelu administracyjnego daje nadzieję że rozwój gospodarki — pójdzie w pożądanym kierunku.

UROCZYSTOŚĆ

Punktualnie o 5-ej po południu w zapełnionej świetlicy rozległ się hymn narodowy grany przez zakładową orkiestrę. Wicedyrektor wygłosił przemówienie na temat Rocznicy 22 lipca. W następnym punkcie programu kierownik personalny odczytał 64 nazwisk osób wyróżnionych awansem za wydajną pracę. Z kolei delegat Zarządu Głównego ZZPSZ przekazuje przedstawicielom Rady Miejscowej I-szy w woj. poznańskim sztandar Rady Miejscowej. Następuje szereg przemówień i życzeń ze strony przedstawicieli Partii, ORZZ, ZZPSZ i gości.

W części artystycznej wystąpił chór i balet, deklamatorzy i orkiestra. Bawimy się doskonale. Kościan umie z zapałem pracować i wesoło się bawić. Stonowana orkiestra nie przeszkadza rozmowie.

* * *

Rozmowa toczy się na temat działalności, Podstawowej Organizacji Partyjnej PZPR i Koła Zakładowego ZMP. Organizacje te przejawiają ożywioną pracę. ZMP — to szkoła młodych kadr zakładu, u boku Partii spełniająca zasadniczą rolę wychowawczą. Partia czuwa nad całością życia organizacyjnego w zakładzie i wespół z Radą Miejscową kształci ideologicznie pracowników.

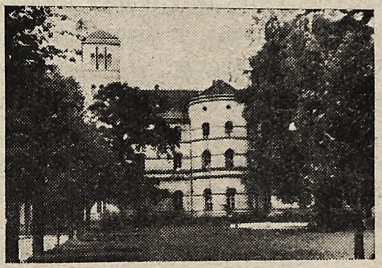
Z pośród ludzi tutejszej POP muszę wspomnieć o dwóch wybitnych aktywistach. Pierwszy z nich to Stefan Waryńszczak, kołodziej, syn kolejarza. Od 1928 r. zaczął pracować jako pielęgniarz w Dziekance, a w 1931 roku przeszedł do Kościana. Były sekretarz POP, w ubiegłej kadencji przewodniczący Rady Miejscowej, obecnie — po miesięcznym kursie w Zagórzu — objął stanowisko kierownika personalnego w Sanatorium. Tow S. Waryńszczak nie ustaje w pracy nad sobą, a społeczną postawą daje przykład innym.

Drugi aktywista, Stanisław Ławniczak, syn tej ziemi, robotnik rolny, za czasów sanacyjnych zarabiał na życie ciężką pracą w kułackich gospodarstwach. Mimo bardzo trudnych warunków, ukończył 4 klasy szkoły powszechnej. W roku 1945 rozpoczął pracę jako salowy w Kościanie. Będąc czynnym członkiem ZMP, organizował młodzież w całym powiecie, a wstąpiwszy do PZPR, w roku 1950 został sekretarzem POP. Stanisław Ławniczak ukończył kurs PCK dla młodszych pielęgniarzy; w lutym bieżącego roku został p. o. wicedyrektorem Sanatorium. Mimo że działalność społeczna, ustawiczna nauka i praca zawodowa zabierają mu niemało czasu — tow. Ławniczak zorganizował państwowy kurs dla pielęgniarzy, na który uczęszcza 26 osób. Lekarze w długo-falowych zobowiązaniach podjęli się bezpłatnego prowadzenia wykładów. Zajęcia odbywają się co dzień od 6 do 9.15 rano. I właśnie na ten kurs śpieszyli się wszyscy pierwszego ranka pobytu w Kościanie.

WCZORAJ I DZIŚ

Zakład robi dziś wrażenie zgodnej, kochającej się rodziny. Ani śladu jakichkolwiek tarć czy nieporozumień, życie organizacyjne toczy się ustalonymi szlakami. Co miesiąc zwołuje się narady robocze, podejmowane uchwały dotyczą dziesiątków różnorodnych prac. Ale niestety nie zawsze tak się działo w Kościanie.

Jeszcze przed rokiem panoszyło się tu różnego typu sekciarstwo. Lekarze na przykład stanowili grupę odrębną, omawiali między sobą różne sprawy fachowe oraz takie, które obchodziły i ogół. Dyrekcja początkowo ani słyszeć nie chciała o współpracy z POP, czy Radą Zakładową, w traktowaniu kuracjuszy stosowano pewne różnice, a nawet kuchnia nie była ujednostajniona. Podobnie wyglądała sytuacja z odzieżą i umeblowaniem pawilonów. Zaczęła się walka klasowa. Dzięki doświadczonym i wyrobionym klasowo towarzyszom, jak Ławniczak i Waryńczak znikły różnice, i ci sami ludzie, którzy kiedyś nie mieli wspólnego języka, dziś związani wspólną pracą i ożywieni jedną myślą, tworzą sharmonizowany zespół. Narady robocze odbywają się wspólnie z aktywem partyjnym i związkowym, POP i Rada Miejscowa są współgospodarzami Zakładu. Co najważniejsze zaś, Dyrekcja samorzutnie uzgadnia zasadnicze sprawy z POP i Radą Miejscową.



Główny budynek administracyjny Kościan.

* * *

Aby dać porównanie metod leczenia nerwowo chorych w Polsce przedwrześniowej z metodami stosowanymi w Polsce Ludowej, Sanatorium kościańskie pozostawiło jedną celę z tamtego okresu w stanie nienaruszonym. Cela ta posiada zakratowane okno, szczelnie zamknięte drzwi z judaszem; pacjenta zastępuje dziś kukła, siedząca na barłogu w głębi celi. Miska, łyżka i kubek znajdują się na zaczepie łańcuchowym. Możemy sobie łatwo wyobrazić sanacyjne porządki w ówczesnych zakładach leczniczych i stosunek jaki cechował personel w odniesieniu do chorych.

Dziś cały personel szpitalny — począwszy od kierownictwa, a skończywszy na szeregowym pracowniku — nie szczędzi wysiłku, by swą pracą i środkami udostępnionymi dziś przez państwo, nieść ulgę cierpieniu poprzez stworzenie choremu jak najlepszych warunków i możliwie szybko przywrócić go społeczeństwu.

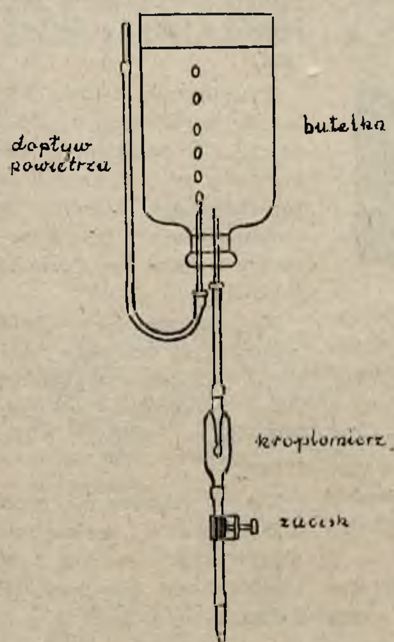
Eugeniusz Gruda

Technika stosowania kroplówek dożylnych

PODAWANIE płynów drogą podskórną, w postaci hypodermoklizy powinno być zarzucone ze względu na towarzyszący temu zabiegowi ból.

I. ZESTAW DO KROPLÓWKI

Zestaw do kroplówki przedstawia rys. 1. Zwrócić należy uwagę, by zaciskacz był p o n i ż e j kroplomierza, zapobiega to bowiem zasysaniu powietrza z kroplomierza, co się może zdarzyć przy niskim ciśnieniu żylnym.



Igła doprowadzająca powietrze powinna być krótka. Pozwala to bowiem, w przypadku braku kroplomierza, zorientować się według ilości pęcherzyków powietrza, jak szybko płyn jest wprowadzany. Poza tym powietrze dopływające w postaci banieczek miesza płyn.

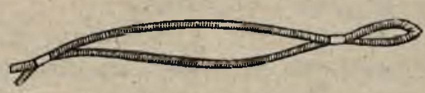
II. WYBÓR MIEJSCA WKŁUCIA

Igłę należy wkłuwać do żyły po promieniowej stronie przedramienia, po stronie łokciowej bowiem wkłuć można omyłkowo do tętnicy, przebiegającej niekiedy podskórnie. Może to mieć znaczenie przy zastrzykiwaniu przez drenik kroplówki z płynów, powodujących uszkodzenie tętnicy i w następstwie — zgorzel, kończącą się amputacją kończyny.

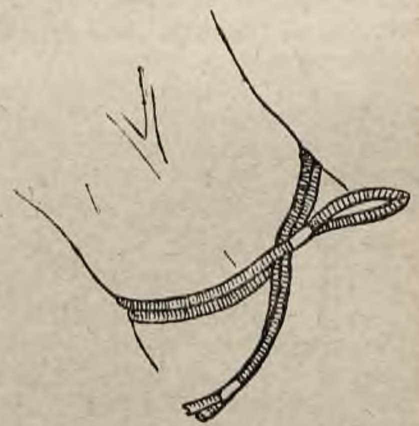
Kroplówki można podawać także do kończyny dolnej, do żyły odpiszczelowej dużej, przebiegającej od przodu kostki piszczelowej. Nie należy podawa kroplówek do żył kończyn dolnych, w wypadkach skłonności do spraw zakrzepowych naczyń (podeszły wiek, długotrwałe leżenie, żylaki).

III. TECHNIKA WKŁUCIA

W wypadku stosowania grubej igły, miejsce wkłucia powinno być znieczulone przez zastrzyknięcie doskórnie 0,25 — 0 5 ml pół procentowej nawokainy, bez dodatku adrenaliny, która, jak wiadomo, kurczy naczynia.

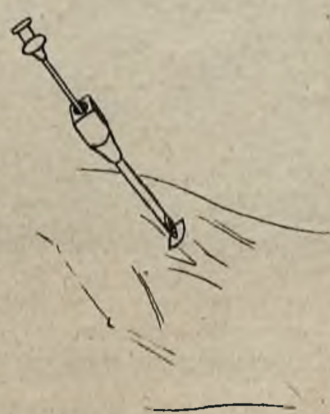


Celem wywołania zastoju żylnego można użyć zwyczajnego drenika albo specjalnej opaski (rys. 2), którą sporządza się w sposób następujący: drenik gumowy, długości około 70 cm składa się we dwoje. W odległości 3 cm od miejsca załamania rozciąga się gumę i owija przylepcem. Wolne końce drenika należy skleić podobnie. Robi się z tego pętlę na ramieniu; ucisk pętli można dowolnie regulować, sama pętla jest łatwa do zdjęcia (rys. 3).



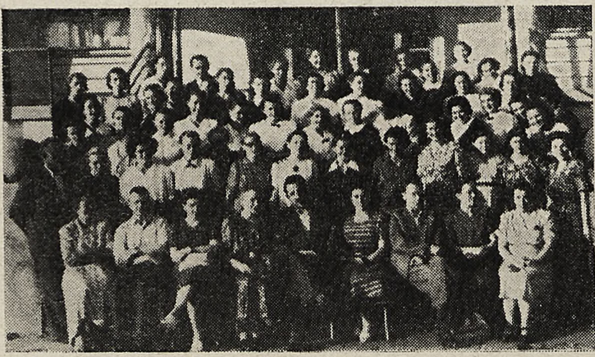
Wkłuwanie grubych igieł do cienkich żył napotyka nieraz na znaczne trudności. Ułatwia to następujący sposób (rys. 4): na długą cienką igłę osadzoną na strzykawce, nakłada się igłę grubszą, mającą służyć do kroplówki. Skórę należy znieczulić i delikatnie nadciąć. W nacięcie wkłada się obydwie igły, których końce są zrównane, następnie żyłę nakłuwa się cienką igłą i po niej wprowadza grubą.

Dr I. D.



W SZKOLE I NA KURSIE

BIAŁYSTOK



Dnia 3 i 4. VIII. br. przy Wydziale Zdrowia Prezydium WRN, odbył się w Białymstoku Państwowy Egzamin Pielęgniarski. Po 13 tygodniowym kursie przygotowawczym, do egzaminu przystąpiło 52 słuchaczki. Wyniki egzaminu były następujące: 8 bardzo dobrych, 21 dobrych, 22 dostatecznych i 1 niedostateczny. Na egzaminie była obecna przedstawicielka Dep. Szk. i nauki Ministerstwa Zdrowia, Ob. Insp. Stefania Dobosz.

Wykładowcawi na kursie byli miejscowi lekarze i pielęgniarki dyplomowane. Naukę o Polsce Współczesnej wykładał Ob. Aleksander Motoszko.

Słuchaczki b. poważnie ustosunkowały się do pracy na kursie. Pilnie uczęszczały na wykłady i ćwiczenia praktyczne, poświęciły dużo czasu na opanowanie wiadomości ideologicznych i zawodowych, co uwidoczniło się na egzaminie.

Słuchaczki na ręce Przewodniczącej Komisji Egzaminacyjnej Ob. dr. Szaykowskiej złożyły pięćset zł na odbudowę Warszawy

Wykłady i ćwiczenia praktyczne z pielęgniarstwa odbywały się w Państwowej Szkole Pielęgniarstwa,

RABKA



Zjazd Absolwentek I Kursu Młodszych Pielęgniarek w Rabce, który odbył się w dniach 11 i 12 sierpnia rb. był prawdziwie wzruszającym wydarzeniem tak dla b. uczenic, jak i dla ich wychowawców. W przemówieniach przewodniczącego Zarządu Oddziału Wojewódzkiego i Dyrektorki Ośrodka M. P. zostało podkreślone znaczenie Zjazdu z punktu widzenia ściślejszego powiązania Absolwentek z Polskim Czerwonym Krzyżem, zorientowanie się w ich potrzebach, zakresie przyswojonych na kursie wiadomości, wreszcie w ich obecnym poziomie społeczno-politycznym.

Z wypowiedzi przedstawicieli miejscowych organizacji politycznych i społecznych wynika, że tutejsze społeczeństwo docenia doniosłość szkolenia nowych socjalistycznych kadr Służby Zdrowia.

Niezmiernie ciekawe były sprawozdania absolwentek z przebiegu ich pracy, dały one obszerny materiał Instruktorce Wojewódzkiej PCK i Dyrekcji Ośrodka odnośnie szkolenia następnych kursów.

Cały personel Ośrodka z radością powitał b. uczennice, które w czasie swego pobytu w szkole potrafiły zaskarbić sobie prawdziwą sympatię.

Dwudniowy Zjazd wykazał jak silna jest więź, która powstała między dziewczętami z różnych stron Polski a ich wychowawcami, potwierdził, że metody wychowawcze były słuszne i dały dobre wyniki.

Uczestniczek Zjazdu było 29, większość z nich pracuje w szpitalach, kilkanaście w sanatoriach i prewentoriach, jedna w ambulatorium przyfabrycznym i jedna w Ośrodku Zdrowia.

Na zakończenie obrad absolwentki powzięły rezolucję dalszej, wytężonej pracy celem szybszego zrealizowania Planu 6-letniego.

Zjazd zakończyła część artystyczna w wykonaniu absolwentek wespół ze słuchaczkami obecnego III kursu.

KOLEŻANKI!

Nadsyłajcie do Kroniki wiadomości z terenu Waszej pracy

KRONIKA

Z kraju

ZJAZD INSTRUKTOREK KLASOWYCH

W dniach od 20 do 23 czerwca rb. odbył się w w Państwowej Szkole Instruktorek Pielęgniarstwa Zjazd kierowniczek szkolenia teoretycznego i instruktorek klasowych, zorganizowany przez Departament Szkolnictwa i Nauki Ministerstwa Zdrowia. Była to raczej robocza odprawa instrukcyjno-przeszkoleniowa, na którą przybyło 70 instruktorek ze wszystkich szkół pielęgniarstwa.

Instruktorka Ministerstwa Zdrowia, ob. Matysiak obrady zagaiła. Wyczerpujący referat polityczny o sytuacji międzynarodowej wygłosił profesor Muszkat.

Następnie odbyła się próbna lekcja teoretyczna, prowadzona przez instruktorkę kol. Mirocznik; tematem lekcji była organizacja pierwszego dnia pracy na oddziale szkoleniowym po ukończeniu I-ej teorii. Po dyskusji odbyły się ćwiczenia na „sali chorych", na której została zorganizowana zespołowa praca uczennic w godzinach 7—9 rano.

Następnego dnia odbyła się lekcja pokazowa w Szkole Pielęgniarstwa Nr 2. Instruktorka kol. Krajewska omawiała i demonstrowała hypodermoklizę. Wykonanie zabiegu zostało wszechstronnie przedyskutowane przez uczestniczki Zjazdu.

Ob. Torbus, dyrektor Departamentu Szkoleniowego CUSZ wygłosił referat o metodyce prowadzenia pokazów, ćwiczeń i zajęć praktycznych, zaakcentował rolę instruktorki, jako nauczycielki zawodu i wychowawczyni oraz podkreślił konieczność opracowywania każdego pokazu. Aby uczennice zmusić do myślenia, należy polecić im opracowywanie każdej demonstracji i, po sprawdzeniu przez instruktorkę, wpisywanie pracy na czysto.

Tegoż dnia w Szkole Pielęgniarstwa Nr 3 odbył się wieczór świetlicowy z okazji rocznicy napaści Niemiec hitlerowskich na Związek Radziecki. Referat oraz bogaty program artystyczny były opracowane przez uczennice.

Trzeciego dnia mgr Iżycka, Inspektorka Ministerstwa Zdrowia, omówiła program przedmiotu: zasady i technika pielęgniarstwa.

Najciekawsze były pokazy poszczególnych zabiegów wykonywanych przez instruktorki różnych szkół pielęgniarstwa w celu ujednolicenia zasad pielęgniarstwa.

Odbyły się następujące pokazy:

1. Słanie łóżek przez jedną pielęgniarkę, ze zmianą pościeli z chorym, którego wolno obracać oraz drugi pokaz: z chorym, którego nie można obracać;
2. kąpiel dziecka;
3. kąpiel noworodka;
4. kateteryzacja, wykonana przez 2 pielęgniarki i przez 1 pielęgniarkę;
5. sposób wykonania zastrzyku.

Drugi wieczór świetlicowy, który odbył się w Szkole Pielęgniarstwa Nr 4 był połączony z odczytem ob Siczkówny o Stacji Przetaczania Krwi w Moskwie.

W ostatnim dniu Zjazdu Dyrektorka Orska omówiła wieczory świetlicowe i podkreśliła rolę instruktorki klasowej w wychowaniu politycznym uczennic. Prof. Czerniewicz wygłosił ciekawy referat o nowoczesnych metodach wychowawczych, w oparciu o prace czołowych pedagogów radzieckich. Po referacie odbyła się ciekawa dyskusja.

Dyskusję podsumowała Dyrektorka L. Blum-Bielicka, zaznaczając między innymi, że jest to pierwsza tego rodzaju konferencja. Cechą chrakterystyczną socjalistycznej służby zdrowia jest jej przodujący, twórczy charakter, wychowuje ona kadry, które kierują pracę na nowe tory, budzą myśl. Słyszałyśmy na Zjeździe dużo krytyki tam jednak, gdzie nie ma krytyki urywa się droga postępu.

Zakończyła obrady Naczelnik J. Belońska, dziękując w imieniu Ministerstwa Zdrowia Dyrektorce Państwowej Szkoły Instruktorek kol. R. Hutner za duży wkład pracy w organizację Zjazdu.

Opracowane wyniki tej konferencji będą przesłane przez Ministerstwo Zdrowia do poszczególnych szkół pielęgniarstwa.

B. L.

ODPOWIEDZI REDAKCJI

Ob. J. P. z Lubania

Zapytuje nas Obywatelka, jakie są cele i zadania naszego pisma. W pierwszym numerze, wydanym po wyzwoleniu czytamy w artykule wstępnym: „Wszyscy uczymy się i przeszkalamy, aby dogonić stracony czas, aby uzupełnić nasze wiadomości fachowe nowymi zdobyczami wiedzy medycznej. Temu właśnie celowi pogłębiania wiedzy pielęgniarskiej służyć ma wznowione wydawnictwo „Pielęgniarka Polska", pismo o pięknej wieloletniej tradycji i wielkich zasługach na niwie szkoleniowej".

Umieszczając artykuły o treści zawodowej przypominamy naszym Czytelniczkom wiadomości uzyskane w latach nauki, podajemy wiadomości o nowych pomysłach racjonalizatorskich, zapoznajemy z nowymi zdobyczami medycyny i coraz więcej usprawniającą się techniką naszego zawodu. Ponadto podajemy artykuły o treści społeczno-politycznej w celu kształcenia świadomości naszych koleżanek, zapoznajemy z osiągnięciami w budowie Polski Socjalistycznej. Wreszcie podajemy wiadomości z kraju i zagranicy z dziedziny pielęgniarstwa

СОДЕРЖАНИЕ

Большой праздник молодости.

Др **Я. Хайман** — Работа мед. сестры в различных учреждениях.

Доц. др **Я. Хлебовский** — Жёлчные камни.

Д. Пржибыльская — Уход за больными при жёлчных камнях.

С. Гржековяк и А. Церпкая — Мед. сестра в отделении хирургии грудной клетки.

Е. Груда — Санаторий в Косцьяне.

Записная книжка мед. сестры.

В школе и на курсах.

Хроника.

SOMMAIRE

La grande fête de la Jeunesse

Dr J. Hejman — Les differents postes de l'infirmière

Dr J. Chlebowski — La lithiase bilière

D. Przybylska — Le nursing pendant lithiase bilière

A. Cierpka i S. Grześkowiak — L'infirmière dans les services de chirurgie du thorax

E. Gruda — Le sanatorium de Kościan

Le carnet de l'infirmière

Aux ecoles et professionelles et aux cours d'aides infirmières

Faits divers

Z przyczyn od Redakcji niezależnych numer ukazuje się w październiku

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Srebrna 12 — Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportażu „Ruch". KONTO PKO: Nr I-15978 — „Pielęgniarka Polska". Prenumerata miesięczna: zł 1.50, kwartalna zł 4.50, półroczna zł 9.00, roczna zł 18.00, CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 1.200 zł, 1/2 str. 750 zł, ¼ str 450 zł, 1/8 str. 300 zł, 1/16 str. 210 zł, 1/32 str. 150 zł.

Drukarnia Wydawnictwa MON w Łodzi. 5.000. Nr 866. X. 51. D-2-22828